FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Danitza VELIOVITCH

Née à Belgrade, le 2 septembre 1897

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES CHEZ LES GAZÉS ET TRAUMATISÉS DU THORAX

Président : M. Fernand BEZANÇON, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale
GARNIER . .	Pathologie expériment[le]
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du trava les mutilés de guerre et les infirmes adult
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT VAUDREMER

Maître de Conférences à l'Ecole des Hautes Études

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ JACQUELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Témoignage de profonde reconnaissance.

LES
HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES
CHEZ LES GAZÉS
ET TRAUMATISÉS DU THORAX

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

L'objet du présent travail est d'établir l'importance diagnostique des hémoptysies survenues chez les gazés de guerre ou chez les traumatisés du thorax, comme signe avant-coureur d'une tuberculose pulmonaire.

La question valait, croyons-nous, d'être reprise. En effet, contrairement aux premiers travaux publiés, pendant la guerre, sur la tuberculisation des sujets atteints par les gaz de combat ou ayant eu une blessure pénétrante du thorax, on a reconnu la fréquence relativement assez grande de cette tuberculisation, d'abord estimée exceptionnelle. L'analyse rapide de ces travaux passés en revue par nous dans leur ordre chronologique comme on le verra plus loin montrera bien l'évolution de l'opinion des auteurs sur ce sujet.

Il était donc intéressant d'étudier quels pouvaient être, parmi les symptômes précoces ou tardifs

capables de déceler l'éclosion d'une bacillose pulmonaire, ceux qui ont une réelle valeur diagnostique.

Or ce sont les hémoptysies qui nous ont paru avoir le plus de valeur à cet égard. On sait combien ce symptôme a été discuté dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. Après avoir affirmé que toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve peut être considérée comme tuberculeuse, les phtisiologues ont été plus circonspects, et les notions récentes des suintements sanguins par rupture des varices glosso-épiglottiques ou laryngées ont incité certains auteurs à donner trop d'importance, selon nous, à ces hémoptysies non tuberculeuses.

Cette tendance s'est encore affirmée avec plus de force en ce qui concerne les hémoptysies des gazés et des traumatisés du thorax. Quoi de plus banal, de plus simple à expliquer, en apparence, que de telles hémoptysies ? Ne s'agissait-il, pas, selon toute vraisemblance, du résultat des lésions pulmonaires provoquées soit par le gaz caustique, soit par l'agent vulnérant ? C'est dans ce sens que concluait le professeur Achard quand il isolait un type pseudo-tuberculeux hémoptysique, des séquelles respiratoires des gazés.

Or, l'étude de nombreux malades que nous avons faite, sous l'inspiration de M. le professeur Fernand Bezançon et avec l'aide de son chef de clinique, le docteur André Jacquelin, nous a montré que parmi les gazés et les traumatisés ayant craché du sang au

moment de leur intoxication ou de leur traumatisme ou peu de temps après, une proportion relativement considérable de malades sont devenus ultérieurement des tuberculeux évolutifs, tandis que parmi les gazés n'ayant pas eu d'hémoptysie un nombre infiniment plus élevé de sujets restaient indemnes de toute tuberculose ultérieure.

En d'autres termes, l'observation de nombreux malades faite sans parti pris, et avec un recul suffisant, plusieurs années après la fin de la guerre (cette dernière condition n'a pu être réalisée dans nombre des travaux antérieurs au nôtre) nous a montré que des hémoptysies crues tout d'abord banales, liées aux gaz de combat ou aux traumas thoraciques n'étaient en réalité que des hémoptysies tuberculeuses ou plutôt le premier signe révélateur d'une évolution tuberculeuse qui, dans certaines de nos observations, s'est seulement opérée plusieurs années plus tard.

Tel est l'objet de ce travail. Pour l'exposer nous analyserons les principales publications qui ont été faites sur le développement de la tuberculose des gazés et des traumatisés, puis celles qui ont pris pour objet les hémoptysies observées chez ces malades. Ensuite nous résumerons les observations que nous avons trouvées éparses dans la littérature et qui viennent à l'appui de notre thèse. Enfin nous publierons les observations personnelles que nous avons recueillies auprès de M. le professeur F. Bezançon, au moment où, dans son service de l'Hôpital Boucicaut,

il se livrait à ses expertises militaires et aux quelles M. le docteur André Jacquelin nous a incité à joindre celles prises chez les malades du Dispensaire des « Amis des blessés du poumon » dont il est Médecin-chef.

CHAPITRE II

RECHERCHES SUR LES TRAUMATISMES ET LA TUBERCULOSE

Les études sur les traumatismes ont été poursuivies dans deux voies différentes :

Dans l'une, les auteurs ont étudié la tuberculose des blessés atteints d'un traumatisme sans lésion directe du tissu pulmonaire.

Dans l'autre, les recherches ont porté sur la tuberculose des blessés ayant été atteints des blessures pénétrantes du poumon.

Dans leur ensemble, ces études ont pu prendre une importance considérable au cours de la guerre dernière, en raison du nombre énorme de blessures du thorax produites par la nature des projectiles et par leur terrible abondance.

Cependant les relations existant entre les lésions tuberculeuses et les traumatismes n'étaient pas tout à fait inconnues avant 1914. Mais on croyait que la tuberculose, secondaire aux traumatismes, affectait surtout le type dit « chirurgical ».

Cette opinion reposait sur des statistiques assez

nombreuses, parmi lesquelles nous citerons avec Euthymiou (21) celle de : *Jeanbrau*, qui indique que la tuberculose post-traumatique se rencontre dans 5,5 %, des cas.

Wilner 6 à 7 %.

Pietzzikowski 8 %

Lemgey 8,8 %.

Estor 9,65 %.

Hahn 13 %.

König 20 %.

Voss 21,5 %.

Ribera Y Sans 45 %.

Taylor 53 %.

Bauer près de 100 %.

Depuis la guerre, les statistiques ont montré que la tuberculose secondaire aux traumatismes ne revêtait pas le type chirurgical aussi fréquemment que les statistiques antérieures avaient pu le faire croire.

Ce fait est prouvé par les travaux que nous allons résumer en suivant l'ordre chronologique de leur publication.

Le Pr. Achard (1), dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, a, en 1914, abordé la question des tuberculoses post-traumatiques. Au cours d'une étude d'ensemble sur les conséquences des plaies de guerre il a montré que, un sujet porteur d'un foyer infectieux, secondaire à un traumatisme, pouvait présenter des manifestations tuberculeuses pulmonaires en liaison avec ses blessures.

La tuberculose apparue dans ces conditions reconnaît trois sources d'origine. Dans certains cas, les plus rares, la bacillose succède à une bacillémie et à la fixation du germe infectieux au niveau de la blessure. Dans d'autres cas, aussi peu fréquents que les précédents, on peut voir la fixation des bacilles de Koch dans une lésion traumatique restée longtemps indemme de contamination microbienne. Enfin, il arrive que l'on observe après un traumatisme, l'aggravation d'un foyer tuberculeux préexistant

Des trois sources d'infection bacillaire, la dernière a été rencontrée le plus fréquemment.

Peu de temps avant la communication de M. Achard, MM. Brouardel et Giroux (7), avaient déjà montré que la tuberculose pulmonaire, peut se développer après un traumatisme chez un individu sain en apparence.

Le traumatisme déterminant porte habituellement sur la paroi thoracique. Il s'agit, dans le plus grand nombre des cas, d'une contusion simple de la paroi thoracique, plus rarement d'une fracture de côte ; *plus rarement encore d'une plaie pénétrante.*

Le poumon peut être, symptômatiquement ou non, atteint par le traumatisme.

La tuberculose pulmonaire peut se développer soit immédiatement, soit quelques jours, quelques semaines ou même plusieurs mois après le traumatisme, sans que la durée maxima de l'infection latente puisse être fixée avec certitude.

La lésion pulmonaire peut correspondre directement à la région traumatisée, ou tout au moins, siéger du même côté ; mais, quoique plus rarement, elle peut aussi apparaître du côté opposé.

Le traumatisme semble agir le plus souvent, en provoquant le réveil et l'évolution d'un foyer tuberculeux local latent et préexistant. Il peut aussi, et plus souvent qu'on ne le pensait jusqu'ici, provoquer la migration à travers les voies vasculaires, de bacilles existant antérieurement dans des régions extra-pulmonaires.

Dans les 30 cas de traumatisme thoracique étudiés par eux, MM. Brouardel et Giroux, ont relevé deux cas, dans lesquels le traumatisme paraissait avoir réellement provoqué le développement d'une tuberculose pulmonaire. Soit un pourcentage de 6,6 %.

Il est opportun de faire remarquer que dans certains des cas de MM. Brouardel et Giroux, le traumatisme était extra-thoracique ; la tuberculose était donc survenue sans effraction vasculaire apparente. Ce fait admis aujourd'hui par certains auteurs, n'est pas encore accepté sans réserve.

Cependant des faits semblables ne sont pas exceptionnels et les observations les relatant sont relativement nombreuses. Certaines ont paru dès le début de la guerre, témoin celle que nous publions du Dr Meyer (36) de Leysin. « Au début de l'année 1915, un soldat français, mobilisé en juillet 1914, et paraissant en très bonne santé avait été projeté violem-

ment sur le sol, par l'éclatement d'un obus de gros calibre.

« Il resta plusieurs heures sans connaissance sur le sol. Puis s'étant relevé, il avait rejoint ses camarades à l'arrière, en vomissant du sang. L'hémoptysie continua pendant trois jours et trois nuits, à l'hôpital d'évacuation. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire évolutive ayant été porté, le malade fut réformé et alla se faire traiter à Leysin. Il présentait des signes de tuberculose avec expectoration bacillifère, qui demeurait encore en activité après deux mois de séjour au sanatorium. »

Pour le Dr Meyer, il semble incontestable que dans le cas dont il s'agit, le traumatisme avait été la *cause déterminante* de l'éclosion bacillaire.

En résumé, deux ans après le début des hostilités, l'opinion de différents auteurs que la question des traumatismes thoraciques avaient intéressés était : que ceux-ci, qu'ils fussent extra ou intra-pulmonaires, pouvaient faire éclore une tuberculose latente.

Pourtant le 30 juin 1916, le Pr Léon Bernard souleva quelques doutes sur la fréquence des cas de ce genre. Il fit remarquer que les difficultés d'examen pulmonaire d'un blessé ne permettaient pas de savoir si celui-ci était indemne de lésions pulmonaires, décelables cliniquement, au moment même où il avait été frappé.

C'était plus tard, seulement, et parfois plusieurs mois après la blessure, qu'un examen suffisant était possible. Or parmi les blessés du thorax beaucoup

demeuraient cliniquement indemnes de tuberculose. Si certains d'entre eux apparaissaient comme étant certainement tuberculeux, on ne devait pas oublier que bon nombre de soldats versaient dans la tuberculose, après plusieurs mois de front, et sans avoir subi aucun traumatisme.

Pour dire que les traumatismes thoraciques étaient vraiment la cause d'une évolution tuberculeuse, il aurait fallu constater, d'après des statistiques bien établies, que le nombre de blessés du thorax devenus tuberculeux était plus grand que le nombre des soldats non blessés ayant présenté des accidents bacillaires.

La riche documentation du Pr Léon Bernard (4), ne lui a pas permis en 1916 de voir qu'il en ait été ainsi. Bien au contraire, le nombre des blessés thoraciques non tuberculeux secondairement, dépassait de beaucoup les autres.

Les conclusions du Pr Léon Bernard ne furent pas celles de Dénéchau (17). Celui-ci le 2 juillet 1916 fut d'avis que la tuberculose pleuro-pulmonaire n'était pas exceptionnelle chez les traumatisés de poitrine puisque sur 75 blessés, il en avait trouvé 4 notoirement tuberculeux et 2 qui l'étaient vraisemblablement. Ce qui donnait une proportion de 8 %.

Dans ce travail, Dénéchau après Brouardel et Giroux, a signalé que la tuberculose pulmonaire était plus fréquente après les traumatismes thoraciques qu'après les blessures pénétrantes des poumons. Il a mis en garde les cliniciens contre les erreurs faciles

à commettre, d'un diagnostic de tuberculose alors qu'il peut s'agir souvent de signes en imposant pour des lésions du parenchyme, passagères et non tuberculeuses.

C'est un sujet sur lequel nous reviendrons.

En poursuivant l'analyse des nombreuses publications faites pendant l'année 1916, sur la tuberculose post-traumatique, on remarque que certains auteurs admettent le rôle créateur ou déterminant de traumatismes, sur la maladie dans la proportion moyenne de 7 à 8 %. Mais d'autres hésitent à admettre que le traumatrisme puisse créer la maladie. Parmi ces auteurs nous devons citer M. Sergent.

En effet, le Pr Sergent (45), comme l'avait fait M. Léon Bernard, a écrit que, peut-être, le traumatisme réveille la tuberculose, mais s'il le fait, ce n'est que très rarement. La question se pose donc de discuter dans quelle mesure le traumatisme thoracique a pu déterminer ou réveiller cette tuberculose. Si le traumatisme joue un rôle dans l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, c'est parce qu'il favorise le réveil d'une lésion plus ou moins ancienne et endormie. Or, aujourd'hui l'on sait que 95 % des adultes présentent des réactions positives à la tuberculine et qu'ils sont, par conséquent, des tuberculeux latents.

Le siège le plus fréquent des lésions latentes chez l'homme étant l'appareil respiratoire et le système lymphatique de cet appareil, on pourrait penser que les traumatismes de la cage thoracique soient à

l'origine d'un grand nombre de réveil de tuberculose chez certains blessés de la guerre. Il n'en est rien.

Sur 1.400 tuberculeux on a trouvé 9 cas de traumatismes antérieurs ; et sur 87 plaies de poitrine, 4 cas de tuberculose sont apparus ultérieurement. Soit une proportion de 15,5 dans le premier cas et de 2,18 dans le second.

Ces chiffres sont un peu supérieurs à ceux donnés par la plupart des auteurs, mais là, encore, *en général*, on constate que *les cas de tuberculose thoracique sont plus nombreux que ceux ayant fait suite à des plaies pénétrantes de poitrine.*

Ce fait demeure évident dans toutes les études parues au cours des années 1916 et 1917. Tels les travaux de M. Léon Bernard et Ch. Mantoux (3), qui après avoir étudié 475 cas dont 379 plaies de poitrine, 47 intoxications, 48 contusions, concluent que les plaies et les gaz n'ont aucune action nette, *que les contusions seraient plus nocives*, mais que toutes ces causes réunies ne jouent qu'un faible rôle phtisiogène.

Toutefois, en poursuivant l'enquête bibliographique on voit encore paraître, de temps en temps, des observations dans lesquelles la tuberculose est apparue après le traumatisme ; mais le postulat de MM. Léon Bernard et Sergent conserve toujours sa valeur : que savait-on de l'état pulmonaire antérieur de ces blessés devenus des tuberculeux ; que savait-on de l'infection latente dont ils étaient atteints ? La réponse à cette question n'est pas apportée par les

observations de MM. Lemerre et Lantivéjouls (32), bien que les auteurs aient admis que, dans certains cas, l'influence du traumatisme sur le développement de la tuberculose pleuro-pulmonaire est manifeste.

Nous noterons que ces conclusions sont celles de travaux publiés au cours des deux premières années de la guerre. Mais plus tard elles furent un peu modifiées par les travaux parus, traitant de ce sujet. Les observations que nous publierons ultérieurement montrent, en effet, que l'évolution tardive de la tuberculose chez les blessés du thorax s'est faite avec une fréquence relative, mais plus grande cependant qu'on ne l'aurait cru tout d'abord.

En ne tenant compte que des cas bactériologiquement confirmés, on constate en effet que la tuberculose est apparue deux, trois et même cinq ans après la blessure.

Ce fait a été établi dans un travail publié en 1919 par Challames (12) (*Paris médical*, 1er mars 1919). Il a été confirmé dans les observations faites à Leysin par Tecon (52) et par celles rapportées dans la thèse de Cadet (11).

En Allemagne, Seitler (43) a publié en 1920, 7 cas dans lesquels le traumatisme semblait avoir réveillé une tuberculose latente antérieurement guérie. Parmi ces 7 cas, certains avaient mis trente mois et cinq ans à se manifester.

Ces cas tardifs sont-ils bien imputables au traumatisme. Le Pr Sergent ne l'admet pas sans réserve.

Dans de nombreuses publications, il s'est attaché à démontrer que, avant d'affirmer une relation de cause à effet entre le traumatisme et la tuberculose tardive, il fallait s'entourer de renseignements très complets. Pour M. Sergent, les plaies de poitrine n'ont exercé qu'une action infime sur le développement de la tuberculose. Si des blessés du poumon sont devenus tuberculeux le fait s'explique par les longues suppurations des blessures, le séjour prolongé dans un lit d'hôpital, la perte de l'appétit, l'alimentation insuffisante et une atteinte grave de l'état général.

Ce que l'on peut en revanche admettre, c'est que la tuberculose a pu être aggravée par un traumatisme et par l'envahissement bacillaire du parenchyme pulmonaire à travers les brèches des vaisseaux ouverts.

Cependant des faits, rares, il est vrai, ont été exposés qui ne permettent pas de nier absolument l'existence d'une relation directe entre le traumatisme et la tuberculose. Ces cas, ont été recueillis et publiés en particulier par Gaussel dans un article du *Montpellier médical* paru en 1921.

De l'ensemble des faits qui viennent d'être exposés, et des commentaires qu'ils ont suscités, une doctrine s'est rapidement dégagée, à savoir que : les traumatismes n'ont pas joué un rôle très important dans les cas de tuberculose pulmonaire apparus chez les anciens blessés.

Parmi les cas constatés, plus nombreux ont été

ceux qui se sont développés après une contusion du thorax, qu'après une blessure du parenchyme pulmonaire. Les observations d'évolution tuberculeuse tardive où il semblait légitime d'admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la maladie ont été exceptionnels.

CHAPITRE III

LES GAZ DES COMBATS ET LA TUBERCULOSE

Nous nous sommes demandé si l'étude des lésions produites par les gaz de combat, nous conduirait aux conclusions précédentes.

Dans les recherches bibliographiques que nous avons du faire pour le savoir, nous avons constaté que les auteurs avaient réuni dans leurs travaux, les manifestations secondaires aux blessures par les projectiles ou les contusions, et les désordres anatomo-pathologiques et cliniques ayant les gaz pour origine.

Ces désordres, le plus souvent si différents dans les premiers et dans les seconds cas. ont été classés sous le terme commun de « traumatisme pulmonaire ».

Or, déjà, les statistiques nous ont montré que les résultats des traumatismes vrais, sur la tuberculose variaient selon que ceux-ci étaient externes ou péné-

trants : on verra, par la suite, que l'action des gaz a été différente et plus agressive que celle des deux premiers agents vulnérants réunis.

La relation entre l'action des gaz et l'évolution de la tuberculose est une question nouvelle.

Celle-ci est née en avril 1915, le jour où pour la première fois dans l'histoire des guerres, les gaz nocifs ont été employés en quantité massive par les Allemands.

Nomenclature des gaz de combat.

Cadet (11), dans sa thèse (Nancy 1920) a divisé les gaz en : suffocants, vésicants, irritants. Nous pensons qu'il faut y ajouter une classe de plus, celles des *gaz toxiques* :

Les gaz suffocants. — Le chlore, la palite, la surpalite ;

Les gaz vésicants. — Sulfure d'éthyle dichloré et dérivés ;

Les gaz irritants. — Sternutatoires, arsine, lacrymogènes, bromure de benzyle et composés organiques du brôme ;

Les gaz toxiques. — Oxychlorure de carbone, acide cyanhydrique (etc.).

Les gaz toxiques, particulièrement meurtriers, n'ont pas eu d'action sur l'arbre respiratoire : et nous n'avons pas à faire ici l'étude des accidents immédiats ou tardifs qu'ils ont produits. *Les gaz irritants* et en particulier le bromure de benzyle et l'arsine n'étaient pas à l'état gazeux. Leur division

en gouttelettes extrêmement fines, en « spray », favorisait la pénétration de l'agent nocif dans les voies aériennes supérieures, et dans le tube digestif. Il est résulté de ce mode de pénétration que les accidents secondaires à l'intoxication ont été plus gastriques que trachéo-bronchiques. Il en a été de même des gaz irritants, provoquant le réflexe oculo nasal et les phénomènes sternutatoires. Pourtant à la suite de ces gaz on a pu observer des accidents broncho-pulmonaires, quelquefois sévères : mais ceux-ci étaient secondaires aux grandes brûlures tégumentaires ou muqueuses ; ils étaient de même origine que les accidents du même genre, complications de brûlures superficielles étendues à de grandes surfaces qui peuvent entraîner la mort par infection secondaire ou embolie.

En fait les gaz particulièrement dangereux au moment même où ils atteignaient l'homme, et, aussi par les conséquences qu'ils pouvaient avoir dans la suite, ont été *les gaz suffocants*.

Les conséquences de cette intoxication ont été discernées et décrites dès le commencement de l'année 1919 par M. le P[r] Achard (2), lorsqu'il a écrit : « Ce sont en réalité les intoxications par les gaz suffocants qui exposent aux séquelles les plus fréquentes et surtout les plus sérieuses. L'appareil respiratoire est leur siège de prédilection. »

Très vite les recherches sur les désordres généraux et pulmonaires déterminés par les gaz avaient d'ailleurs été étudiés.

Dès 1916 M. Mosny (38) en avait fait une description très complète et interprété le rôle de cette forme spéciale d'agression. Les conclusions des travaux de Mosny furent que les traumatismes ne favorisent l'évolution d'une lésion bacillaire torpide préexistante que dans des conditions déterminées. Il faut que l'action vulnérante s'exerce sur la lésion ou dans son proche voisinage. La relation de cause à effet entre les gaz et la bacillose ne peut être admise que si le réveil ou l'aggravation des lésions parenchymateuses suivent de près la blessure et si les examens bactériologiques, cliniques et radioscopiques ne laissent pas de doute sur la nature bacillaire des signes observés.

Les diagnostics précis, et surtout, celui de la date d'apparition des lésions, ont d'ailleurs été rendus souvent difficiles par les nombreux signes inflammatoires bronchiques et parenchymateux observés après les premiers jours. Dans de nombreux cas la plèvre même a été touchée ; et ces signes multiples et bruyant sont pu masquer le début d'une d'une évolution tuberculeuse discrète. C'est là un point sur lequel a insisté Gimbert (26) dans un article de la *Presse Médicale*, publié en 1917.

D'après les statistiques de MM. Léon Bernard et Mantoux (3) on a pu, dès le début de l'emploi des gaz évaluer à 2,5 % environ le nombre de cas de tuberculose survenus après l'intoxication par les gaz. Ce chiffre est supérieur à celui indiqué par M. Achard (2) dans le travail antérieurement cité, chiffre qui atteï-

gnait à peine 0,2 %. C'est toujours, sur le petit nombre des cas de tuberculose secondaire aux gaz, qu'insistent tous les auteurs des travaux parus dans les quatre premières années de la guerre, mais cinq ans après les avis sont moins fermes Roubier (42) dans sa thèse soutenue en 1920, signale 14 cas de *Boinet* et cite l'opinion de cet auteur qui conclut que : l'action des gaz peut mettre en évidence une tuberculose pulmonaire latente, ou favoriser l'inoculation du bacille de Koch au niveau des lésions.

En 1921, Jacques Parisot (39) est plus dubitatif encore, *il se demande si, les séquelles laissées au niveau du poumon par les gaz de combat ont une action aussi inexistante qu'on l'avait cru sur l'apparition ultérieure de la tuberculose.* Les observations recueillies par l'auteur lui avaient démontré en effet, la réalité de l'infection tuberculeuse positive, dans la proportion de 23 % chez les anciens gazés. Plus le temps passe et plus les statistiques deviennent sévères. En Amérique Hankiss et Klotz (29) ont estimé, dès 1922, que sur 166 gazés les deux tiers étaient des tuberculeux, cliniquement et radiologiquement certains. Toutefois cette statistique est relativement discutable en raison de la rareté des examens bactériologiques positifs.

Depuis 1921 les travaux sur ce sujet sont devenus plus rares. Mais les statistiques que nous venons de publier montrent que la question peut être reprise avec intérêt. C'est pourquoi M. le P^{r} Bezançon a bien voulu, nous conseiller de la remettre à l'étude.

Nous avons pu le faire grâce aux documents du service de l'hôpital Boucicaut, aux fiches des expertises militaires et aux observations du Dispensaire que M. le Dr André Jacquelin médecin-chef de ce dispensaire a bien voulu nous fournir et que nous publierons par la suite.

CHAPITRE IV

HÉMOPTYSIE DES GAZÉS ET DES BLESSÉS DU POUMON DEVENUS TUBERCULEUX

L'examen de ces documents nous a fait voir que la plupart des traumatisés pulmonaires devenus tuberculeux par la suite, qu'ils fussent des blessés par projectiles extra ou intra-thoraciques, ou bien, qu'ils fussent des gazés, avaient pour la plupart présenté des hémoptysies. Parmi ces hémoptysies les unes avaient été précoces, les autres tardives ; dans les deux cas, soit légères, soit massives. Or, sur ces hémoptysies, les auteurs ont peu insisté, sauf M. le Pr Sergent (48), qui a publié sur elles deux articles ; l'un, en 1916, à la Société médicale des hôpitaux ; l'autre en 1922, dans le *Journal des Praticiens*.

« Il est des cas, a écrit M. Sergent, dans lesquels l'hémoptysie se reproduit à plus ou moins longue échéance après le traumatisme. Dans ces cas on peut presque toujours constater l'existence d'un projectile demeuré inclus dans le poumon : là on peut

admettre un réveil de bacillose :... Mais pour admettre ce réveil il faut exiger des preuves aussi formelles que possible, en les cherchant ailleurs que dans la seule notion de l'hémoptysie elle-même. Ici l'examen radiographique rend les plus grands services en décelant les corps étrangers. »

En effet « il ne faut pas se hâter, en présence d'une hémoptysie traumatique, de porter le diagnostic de tuberculose, car, dans bien des cas, il s'agit de séquelles tardives du traumatisme. Avant d'incriminer le bacille de Koch, il faut s'entourer de multiples garanties, recourir à tous les procédés d'exploration : multiplier les auscultations et les examens radiologiques et bactériologiques : fouiller attentivement les antécédents du sujet. Si tous ces examens sont négatifs, on devra rejeter le diagnostic de tuberculose.

« Si, au contraire, le bacille de Koch est constaté dans les crachats, il est permis de penser que le traumatisme a pu jouer un rôle dans le réveil de la tuberculose latente, s'il est de date récente.

« Les hémoptysies survenant très tardivement après le traumatisme, peuvent être simple séquelle de la blessure : si elles sont accompagnées de signes évidents de tuberculose en évolution, il est impossible d'établir une relation de cause à effet entre le traumatisme et la tuberculose. »

Donc « il faut être très prudent avant de prononcer le mot de tuberculose traumatique ».

La prudence dans le diagnostic que M. le Pr Ser-

gent exigeait dans le travail que nous venons de citer, a été imposé par tous les auteurs. Ceux-ci ont voulu mettre en garde contre des erreurs, dont la gravité, tant au point de vue de malade, qu'à celui de l'Etat, ne pouvait être méconnue. L'obligation impérative d'établir le diagnostic différentiel des hémoptysies s'imposait en effet. C'est ce que nous avons tenu à faire dans le présent travail, en ne tenant compte que des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés.

Diagnostic différentiel des hémoptysies.

Tout d'abord nous indiquerons, et cela seulement pour mémoire, les causes rares mais réelles des hémoptysies, et nous poserons les termes nécessaires et suffisants à l'établissement de leur diagnostic différentiel.

Nous citerons tout d'abord les hémoptysies du rétrécissement mitral. C'est à dessein que le syndrome de Durozier est cité ici, car, s'il a été admis que le rétrécissement mitral, dit pur, était une maladie de la femme dont l'homme n'était jamais atteint, on admet de moins en moins cet exclusivisme. Toutefois, comme il était admis que cette maladie est plus rare chez l'homme, il n'y a pas lieu d'insister plus longuement sur ces hémoptysies exceptionnelles, que des blessés atteints de la maladie de Durozier auraient pu présenter. Une cause d'hémoptysie plus fréquente que la précédente, mais toute-

fois encore assez rare, a pu être les *varices glosso-épiglottiques*, *laryngées ou bronchiales*. Le diagnostic de ces hémoptysies dues à des malformations anatomiques plus qu'à des troubles pathologiques, s'il n'avait pu être fait, au moment du traumatisme, aurait pu l'être ultérieurement, une fois le malade évacué et placé dans des conditions d'hospitalisation permettant un examen clinique complet.

Il en aurait été de même pour les hémoptysies ayant pu survenir chez des malades atteints de bronchectasie à la période avancée de la maladie. De même aussi chez des blessés atteints antérieurement de bronchite à spirochètes, telle que la bronchite sanglante de Castellani, ou d'accidents bronchoparenchymateux spirochetosiques décrites récemment par M. le Pr Bezançon et le Dr Etchyoïn.

En résumé, on peut admettre que les causes d'hémoptysies aient été rares chez des hommes qui se battaient depuis des années parfois, et qui le faisaient dans des conditions physiques effroyables. Ces causes mises à part, que reste-t-il pour les hémoptysies d'alarme d'une tuberculose dont l'évolution débute ? Fort peu, si l'on considère les combattants non blessés ; beaucoup plus, si on étudie les observations des traumatisés du poumon, et surtout celles des gazés.

En effet, en ne considérant comme tuberculeux que les gazés, ayant présenté ultérieurement des signes de *tuberculose ouverte*, on constate dans notre statistique que sur 177 cas, 16 ont présenté des

hémoptysies immédiates ; 45 ont craché du sang tardivement ; soit une proportion de 34,4 %. Ce chiffre est plus de deux fois supérieur à la proportion de morbidité tuberculeuse observée chez les gazés devenus plus tard tuberculeux sans avoir présenté d'hémoptysies, ni au moment des gaz, ni dans les années qui suivirent. Les proportions de ces cas n'est en effet que de 14,6 %. Elle n'est que de 19,2 % chez les gazés ayant eu des hémoptysies après l'atteinte des gaz et n'ayant pas présenté par la suite de manifestations tuberculeuses.

On voit par ces chiffres que l'action des gaz de combat sur le parenchyme pulmonaire et sur l'évolution ultérieure de la tuberculose n'a pas été négligeable. Les malades ayant subi les atteintes des gaz sont devenus tuberculeux dans la proportion d'un tiers des cas. Ce fait est bien établi par les observations que nous allons publier.

En a-t-il été de même pour les blessés par projectiles ? Sur ce point nous nous abstiendrons d'émettre un avis, en raison du petit nombre des cas de notre statistique. Nous n'avons repéré que 13 blessés dans le fichier du dispensaire du Dr Jacquelin. Parmi eux, 7 avaient eu des hémoptysies précoces ou tardives et sont devenus tuberculeux, soit un pourcentage de 53,8 %. Cinq, soit 38,4 %, qui avaient cependant craché du sang au moment du traumatisme, ne sont pas devenus tuberculeux. Ces chiffres ont toutefois une valeur comparative intéressante. Les premiers sont très supérieurs au chiffre de 2,5 % indiqué en

1917. Mais nous répéterons que le petit nombre des cas rencontrés ne permet pas d'émettre des conclusions établies sur des bases suffisamment solides.

Voilà le tableau de notre statistique dont nous avons parlé plus haut :

GAZÉS.

Hémoptysie et évolution bacillaire.....	H. Immédiate H. Tardive	16 cas 45 cas	34,4 %
Hémoptysie, pas d'évolution bacillaire.....	H. Immédiate H. Tardive	18 cas 16 cas	19,2 %
Pas d'hémoptysie, évolution bacillaire.....		26 cas	14,6 %
Pas d'hémoptysie, pas d'évolution bacillaire.....		56 cas	31,6 %
		177 cas	

BLESSÉS.

Hémoptysie, évolution bacillaire.....	H. Immédiate H. Tardive	5 cas 2 cas	53,8 %
Hémoptysie, pas d'évolution bacillaire.....	H. Immédiate H. Tardive	5 cas	38,4 %
Pas d'hémoptysie, évolution bacillaire.....		1 cas	7,6 %
Pas d'hémoptysie, pas d'évolution bacillaire.....			
		13 cas	

CHAPITRE V

LES OBSERVATIONS PUBLIÉES

Blessés.

Observation I (obs. II, Dénéchau. Soc. méd. des hôp. 1916). — L... R..., sous-lieutenant au 15e d'infanterie, ingénieur civil, 23 ans. Aucun antécédent suspect de tuberculose. Son père, sa mère, son frère et une sœur bien portants. Lui-même a toujours eu une excellente santé.

Mobilisé le 10 août 1914, part au front le 2 février 1915. Le 28 septembre blessé par des éclats d'obus à la fois à la région sus-épineuse, à la cuisse gauche et au bras droit. La blessure de la région sus-épineuse n'est pas pénétrante. Le blessé ne croit pas avoir craché de sang immédiatement. Soigné au Val-de-Grâce, puis à Rennes, il part en convalescence le 2 février 1916, puis retourne à son dépôt vingt jours plus tard. C'est à ce moment, 16 mars 1916, soit presque six mois après son traumatisme, qu'il a une première hémoptysie, qui se répète deux ou trois jours. Le 1er juin il repart au front, mais le 30 du même mois, il est pris d'hémoptysies abondantes pour lesquelles il est évacué.

Examen. — Tousse, crache, 38°. Il a maigri beaucoup.

Poumon gauche : vibration exagérée, inspiration rude avec expiration prolongée ; craquements humides à l'inspiration profonde et surtout à la toux.

En arrière, au niveau de la région sus-épineuse, mêmes signes.

Poumon opposé est indemne.

Crachats riches en albumine à la réaction de Roger renferment de nombreux bacilles de Koch.

Les autres organes sont normaux.

Obs. 2 (obs. III, Dénéchau. Soc. méd. des hôp., 1916). — Soldat du 32e d'infanterie, P... L..., 30 ans, journalier. Né d'un père inconnu, il a deux frères, et une sœur de mère, bien portants. Sa mère serait, croit-il, bien portante. Personnellement, il n'a jamais fait de maladies. Parti au front le 8 août 1914, il fait toute la retraite et la marche en avant sans véritables fatigues.

Le 20 septembre 1914, il est blessé par une balle, et atteint à la partie interne de la région sus-épineuse gauche, au-dessus de l'angle interne de l'omoplate, un éclat serait, croit-il, resté dans le poumon. Immédiatement il est pris d'hémoptysies abondantes rouges, puis foncées pendant trois jours. Pendant trois mois il a des filets rouges dsns les crachats et reste plus d'un mois sans en revoir. Il ne crache ni pus, ni débris quelconques de corps étrangers. Sa plaie se cicatrise en deux mois.

A la fin de décembre 1914 il est renvoyé au dépôt. C'est à ce moment, soit quatre mois après sa blessure qu'il est pris de fièvre 38°8, d'un point douloureux dans la région sus-épineuse gauche, au voisinage immédiat de sa blessure, et crache à nouveau du sang rouge vif. Il part en convalescence trois mois, continue à avoir la fièvre, retourne au dépôt. puis en convalescence, et enfin le 6 mars 1916, examiné à Bourges, il est envoyé à la Station sanitaire comme suspect du sommet droit.

Examen. — Dyspnée permanente. Température 38 degrés, sous les deux clavicules, de la matité à gauche, vibrations exagérées ; expiration très rude et prolongée.

En arrière à gauche, même submatité, même exagération des vibrations, et foyer des râles humides à la partie interne de la région de l'épine de l'omoplate. L'expectoration assez peu abondante renferme des bacilles de Koch.

Obs. 3 (obs. I. Enthymiou. Thèse de Lyon, 1918). — B... A..., soldat au ... régiment d'artillerie.

Bonne santé antérieure.

Le 11 août 1915 plaie de poitrine pénétrante de la base droite par balle.

Evacué le 10 septembre à l'hôpital d'Abertville où l'on constate un épanchement pleural et la présence d'un projectile dans les attaches antérieures droites du diaphragme.

Ce projectile est extrait à Lyon en janvier 1916 ; à ce moment le malade toussait et crachait un peu ; pendant la convalescence de l'opération sont apparues des hémoptysies.

En juillet 1917, à son arrivée à l'hôpital sanitaire on constate une tuberculose pulmonaire post-pleurétique, forme fibro-caséeuse et au maximum au niveau du siège de la blessure.

Examen bactériologique positif.

Obs. 4 (obs. I. Chalamel. *Paris méd.*, 1919). — Le soldat N... A..., 22 ans, du 77e régiment d'infanterie, 8e compagnie, d'une bonne constitution, n'a jamais rien présenté dans ses antécédents héréditaires et individuels.

Le 21 février 1915, à Ypres, il reçoit un coup de fusil à

bout portant. La balle pénètre en arrière de l'acromion gauche et ressort sous l'aisselle droite.

Prisonnier en Allemagne. Pendant trois mois il crache le sang. Rentré en France, il reprend son service, mais en novembre 1917 il entre dans le service sanitaire de T... présentant une infiltration des deux sommets et des bacilles dans les crachats.

Obs. 5 (obs. II. Chalamel. *Paris méd.*, 1919). — Le soldat G... E..., âgé de 23 ans, du 153e régiment d'infanterie, 8e compagnie, n'a jamais rien présenté dans ses antécédents, ni personnels, ni héréditaires.

Le 9 mai 1915, à Neuville-Saint-Waast, lors d'une attaque, il reçoit presque à bout portant un coup de fusil de bas en haut et de gauche à droite. L'orifice d'entrée est à gauche de l'apophyse épineuse de la troisième sacrée ; l'orifice de sortie, sur la ligne axillaire droite, au niveau du neuvième espace intercostal.

Il crache le sang pendant un mois et demi. En octobre 1917, il fait une congestion pleuro-pulmonaire droite. Puis en décembre, il entre dans le service sanitaire de T.., Ses crachats contiennent des bacilles. Le sommet droit est induré.

Obs. 6 (obs. III. Chalamel. *Paris méd.*, 1919). — Le soldat R... D..., du 332e régiment d'infanterie, âgé de 26 ans, a toujours été d'une excellente santé. A noter qu'il a fait trois ans d'active sans jamais être malade.

Le 17 juin 1915, à Hébuterne, il reçoit une blessure pénétrante par éclat d'obus ou niveau de la fosse sus-épineuse droite. Il crache le sang pendant deux jours. Le 20 juin

1915, le projectile est extrait ; mais depuis, chaque fois qu'il fait des efforts il rejette des crachats striés de sang.

Il entre dans le service sanitaire de T... en novembre 1917, présentant une induration du sommet droit avec bacilles dans les crachats.

Obs. 7 (obs. IV, Chalamel. *Paris méd.* 1919). — Le soldat T..., du 46e d'artillerie se présente sous l'aspect d'un homme très robuste.

Il a fait tout le début de la campagne sans évacuation, jusqu'au 24 octobre 1916 où, à Sailly-Saillisel, il reçoit une blessure par éclat d'obus dans la région sous-claviculaire droite.

Il crache le sang durant quinze jours.

Il reprend son service en décembre 1916. En avril 1917, fracture de l'avant-bras gauche par balle.

Il retourne au front fin septembre. Six jours après, le 1er octobre 1917, intoxication par gaz vésicants qui déterminent une conjonctivite et une trachéo-bronchite.

Nouvelle reprise de service le 1er novembre 1917. En janvier 1918, ne se sentant pas bien, il se fait porter malade, et quelques jours après présente une *hémoptysie abondante*.

Il entre dans le service T... avec une infiltration du sommet droit et des bacilles dans les crachats.

Obs. 8 (obs. II, Técon. *Revue méd. de la Suisse romande* 1919). — Soldat X..., 26 ans, fantassin. Pas d'hérédité tuberculeuse. Il a toujours été en bonne santé, à fait son service militaire sans aucun incident ; six mois de vie au front parfaitement supportés.

Le 20 février 1915, il est frappé d'une balle sous la clavi-

cule gauche ; le projectile ressort au tiers externe de l'épine de l'omoplate. Perte de connaissance immédiate ; le blesse demeure soixante heures sur le champ de bataille sans être pansé ; hémorragie par les orifices de la blessure et buccale. Fièvre tenace pendant son séjour à l'infirmerie ; suppuration constante de la blessure dont on extrait un séquestre dix mois après, en décembre 1915.

Au printemps 1916, le malade commence à tousser puis à cracher ; hémoptysie légère en avril, pas de sueurs nocturnes.

Status à l'arrivée en Suisse le 10 juin 1916 :

Respiration rude, obscure au tiers supérieur du poumon gauche. Craquements humides fins dans la fosse sus-claviculaire gauche, râles sous-crépitants fins et moyens jusqu'à la troisième côte en avant à gauche ; en arrière du même côté, même status. Sommet droit : respiration rude, râles sous-crépitants fins, en bouffées, au tiers interne de l'épine de l'omoplate.

Température buccale 36°6 à 37°4. Pouls, 88. Poids, 47 kilogs (perdu 10 kilogs). Expectoration muco-purulente assez abondante. Bacilles de Koch présents.

En résumé : Tuberculose fibro-caséeuse pulmonaire bilatérale avec gravité surtout accusée à gauche, du côté traumatisé. Les premières manifestations de l'affection pulmonaire remonteraient pour le malade au printemps 1916, soit quatorze mois après le traumatisme.

A noter : une suppuration constante pendant dix mois ; une intervention chirurgicale et une captivité de seize mois.

Obs. 9 (obs. VII, Técon. *Revue méd. de la Suisse romande* 1919. — Soldat X..., 28 ans, fantassin. Pas d'anté-

cédents tuberculeux, ni héréditaires, ni personnels. Le malade a toujours joui d'une bonne santé.

Le 1er septembre 1914 il est frappé d'une balle qui pénètre sous un angle aigu au niveau de la pointe de l'omoplate, dans le septième espace intercostal ; hémoptysie immédiate qui se présente pendant un mois ; température monte chaque jour à 40 degrés et tombe à la normale au bout d'un mois.

Six mois après, soit en mars 1915, X... commence à travailler à la campagne ; le travail est bien supporté, le malade ne tousse ni ne crache.

Le 6 août 1916, alors qu'il travaillait, hémoptysie abondante sans réaction fébrile. Quatre mois à l'hôpital, puis évacué en Suisse. 6 kilogs d'amaigrissement, crachats muco-purulents depuis septembre. La voix voilée depuis novembre.

Status à l'arrivée à Leysin le 24 décembre 1916 :

Poumon droit : respiration très rude, presque soufflée dans les fosses sous et sus-claviculaires et dans la fosse sous-épineuse, râles sous-crépitants fins et moyens épars dans ces régions.

A la base droite, en arrière, respiration rude, crépitements pleureux et pleuro-corticaux assez nombreux remontant à deux travers de doigt au dessus de la pointe de l'omoplate. Température buccale 37°5. Poids 57 kilogs. Expectoration muco-purulente, 5 à 6 crachats par jours. Bacille de Koch présents.

Au larynx large ulcération de la corde vocale gauche, ulcération moins importante des tiers de la corde droite.

Examen clinique. — Infiltration du poumon droit à forme fibro-caséeuse au tiers supérieur et pleuro-corticale à la base

chez un malade ayant été atteint d'une blessure pénétrante de poitrine de même côté ; tuberculose du larynx.

A noter : que les premiers symptômes apparents de l'évolution tuberculeuse ont éclaté soudainement vingt-trois mois après le traumatisme. Captivité de vingt-six mois.

Obs. 10 (obs II Verne. Thèse de Montpellier) ; O. L... 38 ans, entre au sanatorium de Bon Accueil le 13 février 1919, pour tuberculose pulmonaire bilatérale avec mauvais état général. Sa maladie remonte au mois de mars 1915 et paraît consécutive à une plaie pénétrante de poitrine par balle.

Mobilisé le 2 août 1914. Il n'avait jamais été malade avant la guerre et a très bien supporté les fatigues des premiers mois. De constitution robuste il pesait alors 85 kilogs.

Le 5 mars 1915, il a été blessé par une balle de mitrailleuse qui est entrée dans la région sous-claviculaire droite, en rasant la clavicule vers son milieu, et est sortie au niveau de la septième vertèbre cervicale. Il ne paraît pas avoir en ce moment ni lésion médullaire, ni hémorragie méningée.

Immédiatement après la blessure O. L... a craché du sang ; cette première hémoptysie a duré trois jours. Peu de temps après la blessure il a commencé à tousser et à maigrir.

Il a été réformé le 21 juillet 1916 pour troubles nerveux et pour bronchite. En avril 1916 une seconde hémoptysie assez abondante.

Rendu à la vie civile il n'a pas pû reprendre son métier de typographe. L'année 1917, il tousse et continue à maigrir. En 1918 il s'alite, très maigri, et fébricitant. Le 7 février 1919 une nouvelle hémoptysie, il est admis, au sanatorium

Bon Accueil. Nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

Examen clinique. — A gauche, deux grosses cavernes dans les deux lobes. Le côté droit est moins atteint.

GAZÉS.

OBS. 11 (obs. IX. Euthymiou-Thèse de Lyon 1918). — M. B..., 32 ans.

Aucun antécédent. Bonne santé dans l'enfance.

A fait deux ans de service militaire. Parti à la mobilisation. Deux premières années bien supportées.

Le 31 juillet 1916 il est pris pendant neuf heures dans une vague de gaz asphyxiant. Le lendemain, à 5 heures, grosse quinte de toux et hémoptysie assez importante de sang pur ; pendant 8 jours le malade est aphone. La voix redevient normale ensuite et ne se voile que par intermittences ; il continue son service.

En octobre le malade commence à tousser, à cracher, a des sueurs, de la perte des forces, maigrit de 5 kgr.

Evacué on fait aussitôt le diagnostic de tuberculose. Température s'élève et l'évolution prend une allure rapide dans le courant de l'hiver. On constate à gauche des grosses lésions caséeuses et en avril 1917 on pratique le pneumothorax thérapeutique.

Amélioration consécutive considérable, disparition de la fièvre, diminution de la toux, de l'expectoration et des bacilles, relèvement du poids.

OBS. 12 (obs. V, Dr Chalamel. *Paris méd.*, 1919).— Le soldat R. G... du 287e d'artillerie lourde, âgé de 32 ans, n'a jamais présenté aucune maladie. Le 20 octobre 1915 il respire durant une heure environ des gaz asphyxiants.

Il vomit et crache le sang aussitôt.

Il n'est évacué que deux mois plus tard parce que les hémoptysies ont repris. Le médecin qui l'examine trouve de la submatité aux deux sommets avec râles de bronchite entremêlés de quelques sons crépitants moyens.

Il sort de l'hopital en juillet 1916 et reprend son service. Il ne cesse de maigrir depuis cette époque ; il perd 15 kgr.

En février et en mars 1917 la radioscopie révèle une induration du sommet droit et des marbrures prononcées à gauche.

Il entre dans le service sanitaire T... le 4 décembre 1917 présentant des bacilles dans ses crachats.

Obs. 13 (obs. VI, Cadet. Thèse de Nancy, 1919). — Ver..., 251e artillerie, 26 ans.

Toujours bien portant ne toussant pas antérieurement.

Le 11 avril 1917, intoxiqué pendant son sommeil, par obus (palite) tombé à l'entrée de l'abri. Surpris, n'a mis son masque que tardivement. Dans la nuit suffocation, toux continuelle, nausées, un vomissement bilieux.

Le 12 au matin, gêne respiratoire, aphonie légère.

Le 13, continue à tousser et crache abondamment. L'aphonie persiste avec inappétence, fatigue générale.

Le 14 dans la nuit, point de côté douloureux (région thoracique gauche), gêne respiratoire, crachats hémoptoïques,

Le 15, évacué avec le diagnostic : intoxication par le gaz, bronchite et congestion pulmonaire.

Le 16, température 39°5, dyspnée, signes de bronchopneumonie, gauche (râles sous-crépitants généralisés, souffle au niveau de la pointe de l'omoplate gauche), ronchus et sibilances à droite. Tachycardie. Oligurie.

Mort le 24 avril,

A l'autopsie : pneumonie caséeuse typique gauche (lobe supérieur) avec congestion et œdème du lobe inférieur. Œdème du poumon droit. Ganglions biliaires volumineux, anthracosiques, dont un gros comme une noisette renferme un noyau crétacé.

Présence de bacilles de Koch dans les grottes des foyers caséeux.

En résumé : Individu n'offrant rien de particulier avant son intoxication et qui, quelques jours après, présente tout à coup des syndromes aigus avec signes de broncho-pneumonie se terminant par sa mort.

Obs. 14 (obs. IX, Cadet. Thèse de Nancy, 1919). — M..., 31 ans. Toujours bien portant avant la guerre.

Rien de particulier dans ses antécédents.

Intoxiqué par les gaz sans évacuation en novembre 1916 à Verdun (oxychlorure de carbone). Continue à tousser et à cracher dans la suite.

En mai 1917, hémoptysie. Signes de bronchite.

On trouve des bacilles de Koch dans les crachats en novembre 1917 et en janvier 1918.

Diagnostic à cette époque : induration des deux sommets avec pachypleurite. Continue à avoir de la fièvre.

Du 3 au 20 février, pas de bacilles de Koch dans les crachats. Souffle amphorique au sommet droit. Craquements à l'inspiration et à l'expiration.

La radio révèle un voile du sommet droit.

Le 20 février inoculation du cobaye négative.

En résumé : Tuberculose pulmonaire apparue six mois

après une intoxication par les gaz, la période intercalaire étant remplie par des séquelles.

Obs. 15 (obs. XI. Thèse de Cadet). — Le G..., 22 ans, charpentier.

Bien portant avant la guerre. Issu d'une famille de huit enfants bien portants.

Intoxiqué le 15 juillet 1918 (ypérite). Présente de la conjonctivite et de la laryngo-trachéite. N'est pas évacué.

Réintoxiqué le 20 août 1918 près de Lassigny. Vomissement, toux, conjonctivite. Evacué sur Villers-Cotterets, puis sur Orléans. Tousse et crache beaucoup.

Hospitalisé successivement à Vannes où il crache beaucoup, puis à Lorient.

Rejoint son dépôt, puis est évacué à nouveau à Portieux où les crachats sont négatifs, puis à Lorient, puis à Amélie-les-Bains où il fait une hémoptysie. Il est libéré ensuite.

On le retrouve à l'hôpital militaire à Nancy.

Examen. — Sueurs nocturnes, amaigrissement. Poussées fébriles de temps à autre.

Râles disséminés dans toute la hauteur du poumon droit.

Quelques râles sous-crépitants dans la partie moyenne latérale et la base du poumon gauche.

Laryngite catarrhale chronique.

Présence de bacilles dans les crachats.

Radioscopie. — Diaphragme déformé avec défaut d'amplitude du côté gauche.

En résumé : Tuberculose apparue près de deux ans après deux intoxications successives, chez un sujet porteur des séquelles de gaz caractérisées surtout par la toux,

Obs. 16 (obs. XII, Cadet. Thèse de Nancy, 1919). — Br..., 24 ans, monteur.

Toujours bien portant avant la guerre.

Intoxiqué le 28 octobre 1917 par des obus à ypérite. Présente à la suite de la conjonctivite, de la laryngite et il tousse. Evacué sur Amiens où il reste six jours. Puis vingt jours de convalescence.

Revient à son corps mais continue à tousser et à cracher sans arrêt.

Hémoptysie en 1919, puis une autre en février 1920.

Examen. — Tousse et crache notablement, amaigrissement, anorexie, apyrexie habituelle, fatigue, sueurs nocturnes.

Les crachats contiennent des bacilles de Koch.

Infiltration avec ramollissement du sommet droit et congestion partie moyenne et base gauche.

Radioscopie. — A droite, voile et pommelures accentuées dans la moitié supérieure du poumon. Le sommet ne s'éclaire pas à la toux. Ombre hilaire assez dense et tractus de sclérose bronchique. Hémidiaphragme légèrement festonné avec amplitude diminuée. A gauche, sommet transparent, pommelures de la zone moyenne. Diaphragme normal.

En résumé : Infiltration et ramollissement du sommet droit avec congestion de la partie moyenne du poumon gauche après une intoxication par l'ypérite, un intervalle de deux années environ séparant les deux faits.

Obs. 17 (obs. XVI. Cadet. Thèse de Nancy 1919). — Le..., 27 ans, horticulteur.

Pas d'antécédents morbides ni héréditaires ni personnels.

Intoxiqué par les gaz (gaz jaunâtre) au mois de mai 1916.

Sensation de brûlure dans la poitrine et vers la racine du nez. Tousse et crache. Il n'a été ni soigné ni évacué.

Nouvelle intoxication en juillet 1916. Est soigné aux échelons. Expectoration noirâtre. Reste trois jours à l'arrière.

Fait son service ensuite sans rien présenter d'anorma sauf une fatigue légère et un appétit diminué.

Le 7 mars 1917, alors qu'il courait pour procéder à la réparation d'une ligne téléphonique, il fait subitement une violente hémoptysie.

Evacué sur l'ambulance. A son arrivée, une nouvelle hémoptysie abondante d'une durée de dix minutes.

Asthénie complète, dyspnée, anémie.

Au bout de deux mois il est évacué sur l'hôpital, puis au sanatorium où il reste dix-huit mois. Est ensuite réformé.

Rentré chez lui le 29 janvier 1919. Au bout d'un mois il reprend son travail. Reste six mois assez bien portant.

Au mois d'août 1919, nouvelles hémoptysies répétées.

Entré à l'hôpital le 24 mars 1920.

Examen. — Malade très fatigué, amaigri, présentant des sueurs nocturnes. Toux émétisante et crachats muco-purulents contenant des bacilles de Koch.

Poumon droit. râles multiples en avant ; expiration prolongée et râles humides en arrière.

Poumon gauche : ronchus et sibilences en avant ; base obscure en arrière.

Radioscopie : sommet droit obscur. Opacité légère du sommet gauche qui s'éclaire à la toux. Ganglions hilaires volumineux. Trainées obscures partant du hile. Expansion diaphragmatique diminuée à gauche.

19 avril : râles disséminés dans tout le poumon droit.

6 mai : crachats hemoptoïques.

En résumé : Tuberculose survenue huit mois après deux intoxications légères et diagnostiqué par l'apparition d'une hémoptysie. La période intercalaire ne semblant être remplie par aucun phénomène pathologique. La fatigue éprouvée semblant provenir du service en campagne.

VI.

LES OBSERVATIONS PERSONNELLES

Blessés du poumon.

Obs. I. — S..., âgé de 42 ans, blessé par éclat d'obus en 1914 *au poumon droit.* Projectile dans le poumon grosse hémoptysie abondante au moment de la blessure et pendant les trois jours qui ont suivi.

Extraction du projectile quelques jours après la blessure. Abcès secondaire. Les premiers traités par drainage de la plaie opératoire qui est restée fistuleuse pendant quinze mois.

Depuis la fermeture de la plaie les symptômes d'abcès du poumon ont continué. Ils se sont terminés par des vomiques survenues à peu près tous les ans.

Malgré cet état le malade a été dirigé sur le front en 1919 comme conducteur d'automobile après l'armistice. En janvier 1922 S... s'aperçoit qu'il maigrit et ressent des malaises et tousse.

Le 22 novembre 1924, il se présente au Dispensaire de Charonne.

L'examen des crachats est positif.

L'examen radioscopique montre une infiltration du sommet droit, perte de substances de l'omoplate droite et des signes de pneumatose secondaires à la blessure.

Pas d'antécédents personnels ni familiaux.

D. — Tuberculose ultéro-caséeuse du sommet droit.

Obs. II. — M. L. (60 ans). Pas d'antécédents tuberculeux. En 1922 chute, et fracture de deux côtes, (actuellement enfoncées). *Hémoptysie très abondante consécutive.* D'autre part, le malade a présenté antérieurement des crises d'épilepsie pour lesquelles il a été réformé.

En 1924, affaiblissement général, laryngite et toux avec expectoration, dyspnée d'effort, suivie de dypnée nocturne. Après quatre mois de cet état le malade entre à l'hôpital, où l'on constate l'existence de bacilles de Koch dans les crachats.

Examen. — Aux deux sommets en avant et en arrière rudesse, submatité à la percussion, rudesse respiratoire. Bronchophonie. Pectoriloquie. Pas de bruit adventices.

Radioscopie : A gauche : grosse obscurité diffuse, élargissement des espaces intescostaux, côtes et clavicules horizontales. A droite : obscurité diffuse, ombre hilaire, avec brides et foyer peut-être spélonéaire dans la région subhilaire.

Mobilité diaphragmatique normale des deux côtés.

Tuberculose pulmonaire *fibreuse*.

Obs. III. — M. R... 40 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917, blessé par éclat d'obus dans le poumon gauche. Eclat diaphragmatique. Hémotorax à la suite de la blessure.

Insensiblement après la guérison de la blessure s'installe un état chronique de toux et expectoration avec dyspnée légère. Les phénomènes s'exagèrent surtout l'hiver.

Jusqu'en 1921, le malade a des hémoptysies tous les hivers.

Depuis 1921, plus d'hémoptysies. L'examen des crachats répété n'avait pas montré de bacilles.

En 1924, l'examen des crachats *est positif.*

Actuellement. — Toux, expectoration, dyspnée, laryngite, bacille de Koch dans les crachats.

Examen. — Au sommet gauche, en avant et en arrière, rudesse respiratoire.

Au sommet droit, submatité en avant et en arrière, diminution du murmure vésiculaire. Bronchophonie. Pectoriloquie. Pas de bruits adventices.

Radioscopie. — A gauche : obscurité au sommet ne s'éclaire pas à la toux.

Rien au sommet droit.

D. — Tuberculose pulmonaire fibreuse au sommet droit.

Obs. IV. — M. D... 40 ans, garçon de café.

Pas d'antécédents tuberculeux. — Antécédents éthiliques.

En 1915, blessure transfixante des deux poumons. Balle

entrée à droite sortie à gauche. Immédiatement *hémoptysie abondante*, qui dure plusieurs jours.

Deux mois et demi après, bronchite aiguë, qui dura quinze jours après la bronchite reste tousseur. Toux le matin, crachats muqueux. Amaigrissement.

En 1922, *grosse hémoptysie* avec fièvre pendant cinq jours. Le malade reprend son travail après deux mois. Il est en apparence de bonne santé.

En 1923, amélioration marquée, a pris du poids.

En 1924, *petite hémoptysie* ayant duré *un jour* Amaigrissement extrêmement marqué. Anorexie. Huit jours plus tard *nouvelle hémoptysie*, le malade entre à l'hôpital.

Examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

Examen. — Submatité respiratoire soufflante, augmentation de vibrations. Bronchophonie. Pectoriloquie. Râles sous-crépitants aux deux sommets.

Radioscopie.— Opacité très marquée aux deux sommets. Ombre hilaire.

D. — Tuberculose fibro caséeuse des deux sommets pulmonaires.

Obs. V. — Mr. L... 34 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917, blessure par balle du poumon droit, qui se loge dans la région dorsale de la colonne vertébrale d'où elle n'était pas extraite. *Hémoptysie* immédiate. Pendant les mois suivants expectoration et perte de force. Sueurs nocturnes.

En 1924, est admis en sanatorium, après un examen des crachats positif.

Etat actuel. — Toux, expectoration peu abondante. Depuis deux mois, *deux petites hémoptysies*. Dyspnée marquée, amaigrissement.

Examen. — Au sommet droit en avant et en arrière : matité.

A gauche : rudesse respiratoire avec râles sous-crépitants après la toux.

Radioscopie. — A droite grosse caverne sous-claviculaire au voisinage du trajet du projectile. Obscurité des deux sommets. Sans éclaircissement à la toux.

D. — Tuberculose pulmonaire, évolutive avec de gros signes cliniques au sommet droit.

Obs. VI. — M. Sch... 27 ans, brigadier.

Pas d'antécédents héréditaire ni personnels.

Blessé en 1915, au thorax du côté droit. Une heure après *hémoptysie peu abondante*. Quelques jours après bronchite et toux, gros amaigrissement progressif.

En 1916, amaigrissement continue et *légères hémoptysies* se répétant. Bacilles de Koch dans les crachats.

Examen. — Au sommet droit : submatité. Respiration diminuée et rude. Sans bruits adventices.

Rodioscopie. — L'illumination apicale est insuffisante.

D. — Tuberculose pulmonaire évolutive à prédominance fibreuse surtout marquée à droite.

Obs. VII — M. P... 47 ans .

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916, blessé au poumon droit.

En 1917, dyspnée. Toux. Expectoration. *Adénopathie cervicale*.

En 1918, *hémoptysie (petite)* Bacille de Koch dans les crachats.

Actuellement. — Tousse peu crache peu. Dyspnée d'effort Bon état général.

Examen. — Diminution de la respiration aux deux sommets.

En arrière : à la base droite matité avec diminution de la respiration. Sans bruit adventices.

Radioscopie : — Sommets obscurs. Elargissement des espaces intercostaux, côtes horizontales, soudures du cul-de-sac diaphragmatique droit.

D. — Tuberculose fibreuse et emphysème des bases.

Obs. VIII. — S..., 35 ans, ajusteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1914, blessé par éclat d'obus dans le poumon gauche. Petite hémoptysie immédiate.

En 1917, séjour à l'hôpital où l'on constate une lésion pulmonaire.

En 1921, examen des crachats montre la présence des nombreux bacilles de Koch.

Etat actuel. — Toux matinale, expectoration peu abondante, douleur thoracique.

Examen. — Matité au sommet droit en avant et en arrière. Rudesse respiratoire marquée.

Radioscopie. — Obscurité au sommet droit, ne s'éclaire pas à la to ux.

D. — Tuberculose posttraumatique mais du côté opposé au traumatisme.

Obs. IX. — B..., 27 ans, garçon de café.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918, contusion de l'omoplate gauche, pas d'hémoptysie immédiate.

En 1920, hémoptysie abondante. Pas de bacille de Koch dans les crachats.

En 1925, examen des crachats positifs.

Etat actuel. — Toux émétisante ; expectoration peu abondante. Dyspnée marquée. Température 40 degrés. Amaigrissement considérable.

Examen. — Signe spéloncaire bilatéral.

Radioscopie. — Infiltration pulmonaire bilatérale plus étendue à gauche.

D. — Tuberculose pulmonaire évolutive bilatérale.

Obs. X. — A..., 40 ans, livreur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : blessé par une balle dans le poumon gauche. Hémoptysie abondante à plusieurs reprises. Depuis 1915 les hémoptysies ne se sont pas répétées. Fatigue.

En 1924 : congestion pulmonaire à gauche. Pleurésie purulente à droite. Bacilles de Koch dans les crachats.

Etat actuel. — Toux. Dyspnée. Amaigrissement. Fatigue.

Examen. — Respiration soufflante, bronchophonie, augmentation des vibrations. Râles sous-crépitants aux deux sommets.

Radioscopie. — Opacité très marquée aux deux sommets.

D. — Tuberculose fibro-caséeuse des deux sommets.

Obs. XI. — B..., 21 ans, mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En janvier 1924, en faisant son service militaire il reçoit

un coup de pied d'un cheval à la base du poumon droit. Hémoptysie immédiate, puis une bronchite. Réformé ensuite. Examen des crachats négatif.

Etat actuel. — Toux peu abondante, hémoptysie il y a deux mois, amaigrissement (11 kgr.). Très fatigué. Bacilles de Koch dans les crachats.

Examen. — Matité du sommet droit, respiration rude, avec des râles sous-crépitants après la toux.

Radioscopie. — Spélonque au-dessous de la clavicule droite.

D. — Forme de lobite droite avec spélonque.

Obs. XII. — H..., 38 ans, imprimeur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : blessé au poumon droit par éclat d'obus. Hémoptysie immédiate abondante, puis pleurite. Induration du sommet.

En 1919 : réformé.

En 1925 : hémoptysie abondante.

Etat actuel. — Toux, expectoration, fatigue, amaigrissement, fièvre, 38 degrés le soir. Bacilles dans les crachats. Réformé 100 o/o.

Examen. — Submatité des deux sommets, plus marquée à droite ; rudesse respiratoire avec bronchophonie en avant et en arrière au sommet droit

Radioscopie. — Les deux sommets obscurs. Dextrocardie.

D. — Tuberculose à prédominance fibreuse. Grosse sclérose à droite Symphyse.

Obs. XIII. — M..., 30 ans, boulanger.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917: blessé au poumon droit. Hémoptysie immédiate. Extraction du projectile. Reprend son service.

En 1921 : réformé 20 o/o.

En 1925 : examen des crachats positifs. Réformé 100 o/o.

Etat actuel. — Toux et expectoration abondante. Dyspnée. Pas d'hémoptysie. Fièvre 39°-39°5.

Examen. — Rudesse respiratoire aux deux sommets, plus marquée à droite avec les râles crépitants.

Radioscopie. — Sommet droit obscur. Opacité légère du sommet gauche. Expansion diaphragmatique diminuée.

D. — Tuberculose post-traumatique bilatérale évolutive.

Obs. XIV. — D..., 36 ans, emballeur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : blessé au poumon droit. Hémoptysie immédiate. Reprend son service deux mois après. Bien portant jusqu'en 1919.

En 1919 : hémoptysie abondante. Très fatigué depuis.

Etat actuel. — Toux, expectoration, douleurs thoraciques à droite, fièvre, fatigue, sueurs nocturnes. Bacilles de Koch dans les crachats.

Examen. — A droite: respiration rude, bronchophonie et râles sous-crépitants. A gauche : râles sous-crépitants.

Radioscopie. — Opacité des deux sommets plus marquée à droite.

D. — Tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance fibreuse.

GAZÉS

Hémoptysies abondantes et immédiates

Obs. XV. — M... C..., 41 ans, mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé (par obus). *Hémoptysie abondante.* Intoxication sévère avec infection laryngée. *L'injection au cobaye* est positive. *Hémoptysies* à plusieurs reprises.

Actuellement. — Tousse et crache peu. Forte dyspnée. *Hémoptysies fréquentes.* Température 38 degrés. Sueurs nocturnes, a maigri de 10 kilogs depuis sept mois. Nouvelle hémoptysie récente.

Examen. — Respiration soufflante à la base droite, pas de bruits surajoutés. Grosse sclérose.

Radioscopie. — Sommets voilés. Pachypleurite. Diaphragme onduleux. Sinus collés.

D. — Forme de tuberculose hémoptoïque après les gaz.

Obs. XVI. — M. H..., 30 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Gazé en 1917. *Hémoptysie abondante* pendant huit jours Réformé et envoyé au sanatorium. Tousse surtout le matin. Expectoration abondante. Examen des crachats *révélant le bacille de Koch.*

En 1924 : hémoptysie.

En 1925 : *hémoptysies à plusieurs reprises.*

Actuellement. — Toux ; expectoration abondante avec

bacille de Koch. Dyspnée d'effort. Pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Grosse matité au sommet gauche avec craquement et râles sous-crépitants. Dans le reste du poumon, des deux côtés respiration rude, râles ronflants et sifflants

Radioscopie. — Obscurité des deux sommets, plus marquée à gauche.

Elargissement des espaces intercostaux.

D. — Tuberculose fibreuse évolutive à prédominance gauche.

Obs. XVII. — M. G..., 33 ans, cuisinier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. *Hémoptysie immédiate*, puis bronchite et pneumonie double. Plus tard, pleurésie sèche du côté droit. Deux mois après les gaz *hémoptysie très abondante*. L'examen des crachats montre la présence du *bacille de Koch*.

Actuellement. — Toux et expectoration fréquente et abondante. Douleurs du sommet droit. Hémoptysies fréquentes (3 fois par mois) et *très abondantes*. Amaigrissement de 10 kilogs. Asthénie très marquée.

Examen. — Submatité et souffle bronchique. Bronchophonie. Pactériloquie. Sans bruits adventices aux deux sommets, en avant et en arrière.

D. — Tuberculose pulmonaire à prédominance fibreuse.

Obs. XVIII. — M. L...

Pas d'antécédents héréditaires collatéraux ou personnels.

Gazé à la fin de 1917 (ypérite). — Laryngite aiguë, conjonctivite et hémoptysies pendant trois jours.

Pendant trois ans jouit d'une bonne santé. Pensionné à 10 %.

En 1920 : le malade repasse une visite au centre de réforme de Paris et est reconnu bacillaire ouvert.

Actuellement. — Pommelures du 1/3 supérieur droit.

Spélonque à gauche.

Laryngite catarrhale chronique.

Pensionné à 100 o/o.

Obs. XIX. — M. G..., 30 ans.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

En avril 1918 : gazé, évacué avec *hémoptysie abondante*. Pas de séquelles graves. Pensionné à 20 o/o.

1919. Séjour au sanatorium ; sort en état de guérison apparente et reprend son travail.

1925. Accidents évolutifs, avec tous les signes objectifs d'une tuberculose ulcérocaséeuse.

Bacilloscopie positive. — Réformé 100 o/o.

D. — Tuberculose ulcérocaséeuse secondaire aux gaz.

Obs. XX. — M. G... 30 ans. Ajusteur.

Pas d'antécédents hériditaires ni personnels.

En 1918. Evacuation à la suite des gaz, quelques jours après *hémoptysie abondante* (janvier).

En 1918 (mai). Blessé par éclat d'obus dans le poumon gauche. Epanchement dans le poumon, sans suppuration ultérieure. Captivité en Allemagne. Depuis ce temps le malade ne s'est jamais remis. Toux, expectoration, amaigrissement.

En 1923. *Six hémoptysies.*

En 1925. *Bacilles dans les crachats.*

Etat actuel. Submatité, rudesse respiratoire au sommet droit en avant et en arrière et râles crépitants dans la fosse sous-claviculaire droite.

Radioscopie. —Sommets voilés. La région sous claviculaire droite montre une zone d'obscurité.

D. — Tuberculose pulmonaire secondaire aux gaz et à un traumatisme (éclat d'obus) du coté gauche. La localisation actuelle *est à droite.*

Hémoptysies abondantes tardives,

Obs. XXI. M. Ac. 36 ans. Ciseleur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé et évacué. Un mois et demi après les gaz, *hémoptysie*. A ce moment bacilles de Koch dans les crachats. Depuis l'examen est toujours resté négatif. Bronchite tous les hivers.

Actuellement. Tousse et expectore peu. Amaigrissement assez marqué.

Examen. — Respiration rude au sommet droit, pas de signes surajoutés.

Radioscopie. — Sommet droit voilé. Ombre hilaire.

D. —Tuberculose fibreuse, sans poussée actuelle. Mauvais état général.

Obs. XXII M. P... 33 ans. Charpentier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 (commencement), gazé et évacué quinze jours après.

Fin de 1915 : *Hémoptysie*, troubles respiratoire.

En 1916 : l'examen des crachats *montre la présence de bacilles*. Soigné depuis par intermittence au Val-de-Grâce et à l'hôpital Saint-Antoine. A chaque séjour bacilles de Koch.

Actuellement. Toux et expectoration surtout en hiver. Dyspnée marquée. Points de côté thoraciques à gauche et à droite. Pas d'hémoptysie depuis 1915. Fièvre intermittente. Amaigrissement marqué.

Examen. — Submatité des sommets avec respiration rude et soufflante. Signes d'emphysème généralisé.

Radioscopie. — Sommets légèrement gris. Clarté des plages inférieures. Côtes horizontales. Diaphragme à peu près normal. Un peu plus plat à droite.

D. — Tuberculose pulmonaire fibreuse après les gaz. Emphysème.

Obs. XXIII. — M. D... 51 ans. Représentant.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. Intoxication sérieuse. Evacué. *Hémoptysie abondante ayant duré dix jours.* A ce moment on porte le diagnostic d'emphysème avec infiltration des deux sommets. L'examen des crachats montre la présence de bacille de Koch.

Actuellement. Toux, expectoration très fétide. Dyspnée permanente soulagée par l'expectoration. Douleur dans le dos. Fièvre le soir 38 degrés. Amaigrissement. Forte asthénie.

Examen. — Respiration forte et rude au sommet gauche. Sibilances et râles de bronchites diffuses dans les deux poumons en avant et en arrière.

Radioscopie. — Sommet gauche légèrement gris. Côtes relevées.

D. — Broncho-alvéolite bacillaire.

Obs. XXIV. — M. Col... 32 ans. Comptable.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : gazé. Pas d'hémoptysie.

En 1917 : blessures multiples, aux membres inférieurs.

En 1919 : *Deux hémotysies abondantes*; Examen des crachats montre la *présence du bacille de Koch*. Crachats hémoptoïques fréquents.

En 1920 : pendant trois mois de sanatorium. Amélioration. Retour à Paris.

En 1921 : de nouveau trois mois de sanatorium. A ce moment *hémoptysie*, bacilles de Koch dans les crachats.

En 1924, crachats hémoptoïques pendant dix-sept jours.

En 1925 : examen des crachats négatif.

Actuellement. Ne tousse pas, ne crache pas, pas de fièvre reprend du poids.

Radioscopie. — Sommet gauche voilé.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire fibreuse avec sclérose secondaire du sommet gauche.

Obs. XXV. — M. M. 42 ans. Plombier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : Gazé (ypérite et chlore). Pas d'hémoptysie immédiate. Au commencement de 1918, *hémoptysie très abondante.*

En 1918 : regazé. Intoxication sévère, fièvre, *Hémoptysie abondante* deux heures après les gaz. Cette hémoptysie a duré quatre jours. *Présence de bacilles de Koch* dans les crachats à plusieurs reprises.

Actuellement. Tousse peu, expectore peu, forte dyspnée. Crachats hémoptoïques fréquents.

Examen. — En avant rudesse respiratoire intense au sommet gauche, en arrière respiratoire soufflante dans tout le champ pulmonaire gauche.

Radioscopie. — Obscurité marquée des deux sommets.

D. — Tuberculose pulmonaire, forme fibreuse hémoptoïque.

Obs. XXVI. — M. Ch... 30 ans. Mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : gazé (ypérite), évacué. Peu après se sent très mal et six mois plus tard est envoyé au sanatorium.

En 1920 : *Hémoptysie abondante* avec température élevée (40°). L'examen des crachats montre la *présence de bacilles de Koch.*

En 1921 : *Hémoptysie.* L'examen des crachats fait à plusieurs reprises et toujours positif.

Actuellement : Toux, expectoration abondante. Forte dyspnée, asthénie température 38°, a maigri de 12 kilogrammes. Dernière hémoptysie en 1926 (il y a un mois).

Examen. — Respiration forte du côté droit, râles crépitants aux deux sommets.

Radioscopie. — Opacité diffuse de tout le champ pulmonaire droit avec rétraction thoracique. Diaphragme immobile.

A gauche : opacité du sommet et de la région sous apicale.

D. — Tuberculose bilatérale grave après les gaz.

Obs. XXVII. — M. G..., (26 ans).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : Gazé. Bronchite généralisée : congestion des bases. Laryngite chronique, Grippe, pas *d'hémoptysie.*

En 1922 : *Hémoptysie abondante.* Examen de crachats révèle le bacille de Koch.

Depuis mauvais état général, malgré traitement intensif. Dyspnée nocturne.

Examen. — A gauche, en avant râles sous crépitants après la toux. En arrière, râles sous crépitants et sibilants.

A droite : Diminution du murmure vésiculaire en avant dans tout le poumon, en arrière matité au sommet.

Radioscopie. — Obscurité diffuse aux deux poumons, les deux sommets étant plus sombres.

D. — Tuberculose évolutive extrêmement grave.

Obs. XXVIII. — M. Bon..., (35 ans). Blanchisseur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917. Bronchite.

En 1918. Gazé. Pas d'hémoptysie.

En 1923. *Hémoptysie.* L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

En 1924. Séjour de neuf mois au sanatorium.

En 1925. *Nouvelle hémoptysie.*

Actuellement : Toux fréquente, expectoration peu abondante. Dyspnée très marquée, fièvre (37°8, 38°) amaigrissement et asthénie accentués.

Examen. — Sonorité aux deux sommets. Submatité dans les deux régions moyennes en arrière. Souffle bronchique à

gauche. Souffle cavitaire et râles humides dans la région moyenne postérieure droite.

Radioscopie. — Sommets uniformément voilés. Eclairage déficient. Hile chargé à gauche avec tramus broncho-vasculaires descendantes. Zone cavitaire dans la région moyenne du poumon droit et nombreuses densifications dans la région périphérique.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire fibreuse avec une petite caverne à droite.

Obs. XXIX. — M. N..., (44 ans). Journalier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915. Gazé, non évacué. Depuis les gaz mauvais état général.

Pendant cette même année deux fortes congestions pulmonaires. Toux, expectoration, asthénie.

En 1920. *Hémoptysie.* Depuis hémoptysies répétées. Bacilles de Koch positifs.

Actuellement. Toux et expectoration abondantes. Fortes fièvres vespérales. Asthénie très accentuée. Mauvais état général.

Examen. — Rudesse respiratoire très intense du sommet droit en avant et en arrière.

Radioscopie. — Obscurité du sommet droit avec une caverne sous-claviculaire.

D. — Tuberculose pulmonaire fibreuse avec spélonque sous-claviculaire droit.

Décédé en avril 1926.

Obs. XXX. — M. D..., (33 ans).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : Gazé. Evacué. Température 39 à 40 degrés. Deux mois après *hémoptysie abondante*. Depuis asthénie marquée.

En 1921 : *Hémoptysie nouvelle*. Entre à l'hôpital Cochin, puis deux mois au sanatorium. A ce moment on trouve des bacilles de Koch dans les crachats .

Actuellement : Tousse et crache le matin. Asthénie marquée. Douleurs au sommet gauche.

Examen. — Respiration forte avec brochophonie en avant et en arrière au sommet gauche. Sans bruits adventices.

Radioscopie. — Obscurité du sommet gauche avec feston diaphragmatique.

D. — Tuberculose fibreuse du sommet gauche et pleurite de la base.

Obs. XXXI. — M. Ch..., (32 ans).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Gazé en 1916 : laryngo-bronchite ; douleurs à la partie supérieure du thorax du côté droit, deux mois après les gaz.

En 1917 : Réformé. Fort amaigrissement. Toux progressive. Expectoration abondante.

En 1922 : *Hémoptysie abondante*, qui se répète quinze jours après et s'arrête peu à peu. Expectoration abondante, de temps en temps quelques filets de sang. Amaigrissement et grande faiblesse. A ce moment bacilles de Koch dans les crachats. Séjour pendant l'hiver dans le Midi.

Actuellement : A repris du poids, pas de fatigue mais des douleurs thoraciques. Un peu de dyspnée nocturne.

Examen. — Matité aux deux sommets avec respiration rude en avant.

En arrière, *au sommet gauche*, craquements secs et bronchophonie.

Au sommet, à droite respiration soufflante et matité à la base, respiration rude.

Radioscopie. — Opacité des deux régions apicales.

D. — Tuberculose fibreuse des deux sommets.

Obs. XXXII.— M. P..., (34 ans). Rédacteur du Tribunal.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : Bronchite.

En 1917 : Gazé (ypérite). Pas d'hémoptysie. Mauvais état général, forte asthénie.

En 1923 : Le malade entre au sanatorium de Brévannes et y fait une *hémoptysie*. L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

Quelques temps après l'examen est devenu négatif.

Actuellement : Pas de toux ni d'expectoration. Douleur au sommet droit ; pas d'hémoptysie depuis 1923, amaigrissement de 12 kilogrammes.

Examen. — Bronchophonie avec respiration soufflante au sommet gauche en avant et en arrière.

Radioscopie. — Les deux sommets sont gris. Médiastinite.

D. — Tuberculose pulmonaire à forme fibreuse avec médiastinite.

Obs. XXXIII. — M. C..., (43 ans). Employé aux chemins de fer.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : Gazé, évacué pour une intoxication sérieuse pendant un mois.

Conjonctivite, laryngite, bronchite. Pas d'hémoptysie. Depuis bronchite fréquente, toux et expectoration.

En 1924 : pendant deux mois, la fièvre est de 39°5, le soir, avec toux et expectoration.

En 1925 : *Hémoptysie* pendant cinq jours. L'examen des crachats montre *la présence des bacilles.*

Actuellement, forte toux, expectoration abondante, amaigrissement et asthénie très marqués. Ne travaille pas.

Examen. — Submatité des deux sommets, surtout à gauche. Respiration bronchique au sommet droit, sans bruits adventices. Dans la moitié supérieure du poumon gauche, respiration soufflante, forte. Bronchophonie dans la région sous-claviculaire avec souffle cavitaire et râles humides.

Radioscopie à gauche : sommet obscur dans la région sous-claviculaire deux petites cavernes.

A droite, ombre hilaire.

D. — Tuberculose pulmonaire double excavée à gauche.

Obs. XXXIV. — M. Y..., 39 ans, menuisier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : Gazé. Depuis, bronchites tous les hivers.

En 1922 : *Hémoptysie*; soigné à Tenon, puis à Brévannes. A ce moment on trouve *les bacilles dans les crachats.*

Actuellement : toux fréquente et expectoration. Dyspnée très marquée. Douleurs thoraciques à gauche, amaigrissement accusé.

Examen. — Diminution des murmures vésiculaires à gauche. Respiration soufflante à droite. Aux deux bases respiration emphysémateuse. Peu de signes surajoutés.

Radioscopie. — Infiltration dans les deux poumons plus marquée à droite.

D. — Bacillose latérale à évolution lente et fibreuse.

Obs. XXXV. — M. K..., 39 ans, aide-ajusteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé, évacué, fièvre élevée 40 degrés, mais pas d'accidents pulmonaires.

En 1918 : gazé de nouveau. Pas d'hémoptysie, évacué un mois (fièvre 39 degrés).

En 1924 : *Hémoptysie*. Examen des crachats montre Bacilles de Koch à Brévannes. Les examens sont restés positifs depuis.

Examen. — Tousse et crache peu, un peu plus en hiver et par temps humide. Dyspnée d'effort. *Hémoptysies* à plusieurs reprises. Pas de fièvre, a maigri de 9 kilos.

Respiration soufflante avec râles crépitants au sommet droit en avant et en arrière.

Radioscopie. — Ombre apicale à droite avec relèvement des côtes des deux côtés.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire à prédominance fibreuse mais avec caséification apicale droite discrète.

Obs. XXXVI. — M. L..., 37 ans, briqueteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé. Evacué. Bonne santé jusqu'en 1917.

En 1917 : début de la toux habituelle.

En 1918 : bronchite. Depuis ce temps la toux a persisté en été comme en hiver. Mauvais état général.

En 1926 : *Première hémoptysie.* Soigné à Tenon. L'examen des crachats *montre la présence des bacilles.*

On porte le diagnostic d'infiltration des deux sommets.

Actuellement, tousse beaucoup et expectore abondamment. Dyspnée marquée, forte asthénie. Amaigrissement.

Examen. — Au sommet droit en avant, inspiration rude avec expiration soufflante. Râles sous-crépitants et râles ronflants disséminés dans toute la hauteur du poumon, en arrière souffle pneumonique.

Radioscopie. — Infiltration du sommet droit jusqu'à la partie moyenne du poumon. Diaphragme immobile, rectiligne.

A gauche, infiltration du sommet, ganglions hilaires.

D. — Tuberculose fibro-caséeuse et corticopleurite droite. Infiltration apicale gauche.

Obs. XXXVII. — M. P..., 38 ans, gardien de propriété.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé. Un mois après *Hémoptysie*. Depuis asthénie.

En 1918 : sanatorium. A l'examen des crachats Bacilles de Koch. Amélioration de l'état général.

Actuellement, toux matutinale. Expectoration. Quelques poussées de fièvre. Légère reprise de poids. Bacilloscopie négative.

Examen. — Nombreux râles sous-crépitants au sommet gauche en avant et en arrière. Submatité. Rien à droite.

D. — Tuberculose ulcéro-caséeuse.

Obs. XXXVIII. — M. B..., 36 ans, employé, ne travaille pas.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 ; gazé, quelque temps après, *Hémoptysie*.

En 1918 : prisonnier pendant huit mois. Toux, expectoration. Depuis les gaz, mauvais état général.

En 1925, séjour à l'Hôpital Saint-Antoine. Toux, expectoration. *Bacilles* dans les crachats.

En mars 1925 : *Hémoptysie.*

Actuellement, toux et expectoration peu abondantes. Dyspnée, par moments. Crachats souvent hémoptoïques. Fièvre intermittente.

Amaigrissement et asthénie très marqués.

Examen — Respiration rude aux deux sommets.

Radioscopie. — Grisaille apicale (deux sommets).

D. — Tuberculose fibreuse.

Obs. XXXIX. — M. C..., 29 ans, chauffeur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Commencement de 1915, gazé. Quatre mois après les gaz, *Hémoptysie.*

Fin 1915 : bronchite. *Hémoptysie.*

En 1924 : l'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. Amaigrissement de 22 kilos.

Actuellement, toux fréquente, expectoration abondante, forte dyspnée, transpiration, asthénie, amaigrissement.

Examen. — Respiration soufflante dans les deux poumons.

D. — Tuberculose fibro-caséeuse.

Obs. XL. — M. R..., 27 ans, employé de bureau.

Pas d'antéeédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé, huit jours après pleurésie à gauche avec épanchement. L'examen des crachats pratiqué un mois après la pleurésie montre le bacille de Koch.

En 1921 : *Hémoptysie abondante.* Pas d'hémoptysie depuis, mais crachats hémoptoïques fréquents.

En 1922 : Examen des crachats négatif.

Actuellement, tousse un peu, expectore le matin. Pas de fièvre et pas d'amaigrissement. Forte asthénie.

Examen. — Signes de bronchite.

Radioscopie. — Sommet droit voilé. Déviation trachiale.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire (après les gaz) hémoptoïque et surtout bronchitique.

Obs. XLI. — M. Y... 37 ans. Camionneur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé, non évacué. *Hémoptysie* trois mois après. Continue son service.

En 1918 : de nouveau gazé. Un mois après hémoptysie.

En 1919 : pleurésie purulente. Absence de bacilles dans les crachats.

Plusieurs mois après *nouvelle hémoptysie abondante*. Séjour au sanatorium, pendant six mois.

En 1920 : l'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch à plusieurs reprises.

Actuellement. — Toux et expectoration matutinales. Dyspnée légère. Dernière hémoptysie en 1924. Léger amaigrissement. Asthénie. Travail impossible.

Examen. — Au sommet gauche, respiration rude.

Au sommet droit, respiration forte avec des râles sous-crépitants après la toux.

Radioscopie. — Obscurité très importante de la région apicale et sous apicale droite.

D. — Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse.

Obs. XLII. — M. Sch... 40 ans. Militaire de carrière.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé. Pas d'hémoptysie immédiate. Fièvre, toux, expectoration.

En 1918 : *hémoptysie assez abondante*, séjour au sanatorium pendant six mois. Absence de bacilles de Koch dans les crachats. Amélioration.

En 1920 : *nouvelle hémoptysie*. Pas de bacilles dans les crachats.

En 1921 : Aggravation. Expectoration, Toux. L'examen des crachats montre à ce moment *la présence de bacilles de Koch.*

Actuellement. — Tousse, expectore, un peu dyspnéïque. Pas d'hémoptysie depuis 1921. Sueurs nocturnes, fièvre 39 degrés le soir, très fatigué.

Examen. — Matité +. Vibrations ++.

Rudesse respiratoire intense aux deux sommets en avant et en arrière.

Radioscopie. — Sommets légèrement gris. Ombre hilaire.

D. — Tuberculose pulmonaire a forme fibreuse évolutive.

Obs. XLIII. — M. M..., 37 ans. Musicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : Gazé. Deux ou trois jours après les gaz, *hémoptysie abondante*. Evacué, température 39 à 40 degrés. Depuis toux, expectoration.

En 1924 : *hémoptysie nouvelle*, durant cinq semaines. L'examen des crachats montre la présence du bacille de Koch. Depuis l'examen a toujours été positif.

Actuellement. — Toux fréquente, crachats muco-purulents.

Fièvre 38 degrés le soir, fort amaigrissement. Asthénie marquée. Ne travaille pas.

Examen. — Matité des deux sommets en avant et en arrière. Submatité des régions moyennes postérieures. Vibrations augmentées. Respiration broncho parenchymateuses dans le 1/3 supérieur des deux poumons en avant et en arrière. Râles crépitants au sommet droit. Souffle cavitaire et râles humides dans la région moyenne du poumon gauche en avant et en arrière.

Radioscopie. — Obscurité des deux sommets sans éclaircissement à la toux. Marbrure dans les deux plages sous-claviculaires. Spélonque dans la région moyenne du poumon gauche.

D. — Tuberculose pulmonaire à forme très grave ulcéreuse et cavitaire.

Obs. XLIV. — M. C..., 31 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Gazé en 1916. Évacué. *Pas d'hémoptysie.*

En 1918 : amaigrissement, toux, inappétence. Cet état continue jusqu'en septembre 1919.

En 1919 : *hémoptysie abondante*. Pendant cette même année plusieurs *hémoptysie*. Presque chaque jour crachats teintés.

En 1920 : envoyé au sanatorium de la Guiche. Réformé 100 %.

En 1921 : *nouvelle hémoptysie*. Au cours de chaque hémoptysie on trouve des bacilles.

A la fin de 1921 : on ne trouve plus de bacilles de Koch. A ce moment l'état général s'améliore.

Janvier 1924 : pas de bacilles de Koch. Réformé 30 %.

Décembre 1924 : *hémoptysie*. Puis crachats hémoptoïques durant dix-sept jours. Pas de bacilles de Koch : a perdu 3 à 4 kilogrammes. Cesse son travail. Sueurs nocturnes. Dyspnée d'effort.

Examen. — Inspiration humée, expiration prolongée, rudesse aux deux sommets avec bronchophonie. Submatité.

Radioscopie. — Les sommets sont légèrement opaques et ne s'illuminent pas à la toux.

Augmentation des ombres hilaires.

D. — Tuberculose pulmonaire après les gaz.

Obs. XLV. — M. V..., 32 ans. Maçon. Ne travaille pas.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé. Prisonnier en Allemagne jusqu'en 1919. Malade depuis l'intoxication par les gaz. Toux, asthénie très marquée.

En 1918 : *hémoptysie*.

En 1922 : l'examen des crachats montre *la présence des bacilles*.

Actuellement. — Toux et expectoration abondante. Forte dyspnée. Amaigrissement accentué. Asthénie.

Examen. — Respiration forte avec des râles sous-crépitants au sommet gauche.

D. — Tuberculose ulcérocaséeuse du sommet gauche.

Petites hémoptysies immédiates.

Obs. XLVI. — M. B..., 43 ans. Scieur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé et blessé. Evacué comme blessé. N'a pas eu à ce moment d'accidents pulmonaires.

A la fin de 1915 : bronchite chronique.

En 1920 : *hémoptysie*. Réformé 30 %.

En 1925 : *Encore deux hémoptysies*. — Bacilles de Koch. Réformé 100 %.

Actuellement : tousse le matin et expectore abondamment. Dyspnée très marquée, amaigrissement accentué.

Examen. — Respiration emphysémateuse, nombreux râles sibilants et ronflants disséminés dans tout le champ pulmonaire, surtout au sommet gauche où il y a un retentissement caverneux de la voix et de la toux.

Radioscopie. — Côtes relevées. Le sinus costo-diaphragmatique droit obscur. Diaphragme gauche immobile. Pommelures et spélongues visibles à gauche. Rétraction de l'hémithorax gauche.

Obs XLVII. — M. May..., 27 ans. Cocher livreur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé (ypérite). *Hémoptysie immédiate.* Tousse et crache depuis. Bacilles de Koch dans les crachats.

En 1925 : bacilles de Koch dans les crachats et séjour au sanatorium pendant cinq mois.

Actuellement : le malade tousse beaucoup, crache beaucoup, un peu dyspnéique, sueurs nocturnes. Amaigrissement marqué.

Examen. — Au sommet droit respiration soufflante et rude. Râles sous-crépitants en avant et en arrière.

Radioscopie. — Obscurité aux deux sommets ne s'éclaircissant pas après la toux. Du côté gauche au dessous de la clavicule une spélonque.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire à prédominance gauche.

Obs. XLVIII. — M. B..., 29 ans. Serrurier. Ne travaille pas.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé (ypérite et lacrymogène). *Petite hémoptysie* immédiate.

En 1918 : tousse et expectore. Crachats hémoptoïques. L'examen des crachats à ce moment montre la présence du bacille de Koch.

Actuellement : le malade tousse et expectore beaucoup (crachats hémoptoïques). Dyspnée. Pas d'amaigrissement marqué, mais grande asthénie.

Examen. — Au sommet gauche et en avant bronchophonie marquée, en arrière bronchophonie avec respiration rude.

Radioscopie. — Sommet droit voilé ne s'éclaircissant pas à la toux.

D. — Tuberculose pulmonaire évolutive du sommet gauche.

Obs. XLIX. — M. Dron..., 37 ans. Raboteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1914 : bronchite.

En 1915 : gazé. Pas d'hémoptysie après les gaz.

En 1916 : de nouveau gazé par les obus. Tout de suite après les gaz *petite hémoptysie*. Depuis deux ou trois fois par an, bronchites. Amaigrissement de 10 kilos. Crachats purulents et épais avec bacilles de Koch.

Actuellement. Expectoration intermittente surtout le matin. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement, mais très grande fatigue.

A l'auscultation. — En avant respiration rude au sommet droit. En arrière : diminution du murmure vésiculaire.

A la radioscopie. — Obscurité du sommet droit. Le sommet ne s'éclaire pas après la toux.

D. — Tuberculose évolutive du sommet droit avec présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Obs. L. — M. Gil..., 37 ans. Facteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé (lacrymogène).

En 1917 : gazé de nouveau (ypérite). Grosse intoxication. *Hémoptysie immédiate.* Tousse et crache souvent. Expectoration hémoptoïque.

En 1919 : l'examen des crachats révèle les bacilles de Koch.

Actuellement. Tousse et crache. Dyspnéïque. Douleurs thoraciques dans le côté droit. De temps en temps *petites hémoptysies*. Température 39 degrés intermittente. Amaigrissement très marqué, grande asthénie.

Examen. — Respiration rude en avant et en arrière au sommet droit.

Radioscopie. — Sommet droit obscur. Ombre hilaire. Mouvement du diaphragme droit diminué.

D. — Tuberculose fibreuse du sommet droit.

Obs. LI. — M. P..., 29 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Gazé en 1917 : *Petite hémoptysie.* Reste deux mois à l'hôpital.

Repart au front. Finit la guerre. A la suite de celle-ci : fatigue, amaigrissement, toux, expectoration, inappetance.

En 1920 : Réformé 40 %, pour une induration pulmonaire du sommet droit.

En 1921 : *Hémoptysie.* L'examen des crachats fait à ce moment montre la présence de bacille de Koch. Réformé 100 %.

En 1922 : Examen des crachats négatifs. Réduction de pension à 40 %, puis à 30 %. Etat général amélioré.

Actuellement. Toux. Asthénie, sueurs nocturnes. Fièvre 38°5 le soir. Dyspnée d'effort.

Examen. — Respiration rude et diminuée au sommet droit.

Radioscopie. — Voile léger apical droit.

Augmentation des ombres hilaires.

D. — Sclérose pulmonaire du sommet droit, reliquat d'une tuberculose évolutive comme l'a prouvé la constatation du bacille de Koch dans les crachats en 1921.

Obs. LII. — M. Ar..., 28 ans. Cordonnier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. *Hémoptysie immédiate.* Fracture du fémur. Prisonnier en Allemagne. Température 40 degrés. Toux, expectoration.

En 1921. *Nouvelle hémoptysie.*

En 1922 : *Hémoptysie* et présence de bacilles de Koch dans les crachats.

En 1925 : L'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch.

Actuellement : tousse beaucoup. Crachats muco-purulents, dyspnée d'effort. *Hémoptysies* à plusieurs reprises. Léger amaigrissement.

Examen. — Respiration rude au sommet droit.

Radioscopie. — Sommet droit obscur. Pommelures dans

le reste du champ pulmonaire. Médiastin obscur. Ombre hilaire importante.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire fibreuse, hémoptoïque, après les gaz.

Obs. LIII. — M. Con. ., 37 ans. Voyageur de commerce.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé (ypérite). *Petite hémoptysie immédiate.* Signes de bronchite. Le blessé continue son service jusqu'en 1919.

En 1919 : toux, expectoration. Asthénie très marquée.

En 1922 : l'examen des crachats *est positif*.

Actuellement : le malade tousse beaucoup. Expectore peu. Dyspnée marquée. Sueurs nocturnes. Température 37° 1 à 38° 2. Fatigue au moindre effort.

Examen. — Inspiration rude, avec expiration soufflante, râles fins aux deux temps au sommet droit.

Radioscopie. — Opacité diffuse de tout le champ pulmonaire droit avec rétraction thoracique.

D. — Tuberculose fibro-caséeuse.

Obs. LIV. — M. Luc..., 34 ans. Garçon de salle. Ne travaille pas.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : fortement gazé (ypérite) *Petite hémoptysie immédiate.* Toux après les gaz.

En 1920 : le malade tousse et expectore. Très fatigué. Fièvre.

En 1924 : *Hémoptysie légère.* L'examen des crachats montre le bacille de Koch.

Actuellement : tousse très peu, crache le matin. Pas d'hé-

moptysie depuis 1924. Fièvre après la fatigue. Amaigrissement. Asthénie marquée.

Examen. — Tuberculose cavitaire sous-claviculaire droite

Radioscopie. — Caverne sous-claviculaire droite.

D. — Tuberculose cavitaire à prédominance fibreuse à peu près unilatérale.

Obs. LV. — M. Bar..., 27 ans. Ne travaille pas.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

1918 : gazé. *Petite hémoptysie immédiate.*

1919 : bronchite.

1924 : *nouvelle hémoptysie, légère.* A ce moment : bacilles de Koch.

Depuis grande asthénie.

Actuellement : toux, expectoration abondante. Dyspnée très marquée. Fièvre intermittente. Amaigrissement progressif.

Radioscopie. — Opacité diffuse de tout le champ pulmonaire droit avec rétraction thoracique. Ombre hilaire.

D. — Tuberculose fibreuse des deux poumons.

Obs. LVI. — M. G..., 27 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. *Petite hémoptysie.* Reste deux mois à l'hôpital. La toux, l'expectoration, l'asthénie persistent.

En 1921 : réformé 30 %.

En 1922 : pleurésie.

En 1923 : réformé 15 %.

Plusieurs examens de crachats restent négatifs.

Actuellement : tousse le matin et expectore. Très fatigué. Perte d'appétit. Légère dyspnée d'effort. Examen des cra-

chats à l'hôpital Boucicaut, montre la présenee des bacilles.

Examen. — Sommet gauche : respiration rude et diminuée.

Sommet droit : respiration rude et saccadée.

En arrière : silence aux deux sommets.

Radioscopie. — La radio montre une obscurité diffuse du poumon gauche. Immobilisation du diaphragme.

D. — Tuberculose pulmonaire gauche et pleurite de la base.

Obs. LVII. — M. D..., 46 ans. Journalier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé (ypérite). *Petite hémoptysie immédiate.* Intoxication très grave. Cécité pendant un mois. Broncho-pneumonie. Depuis toux et expectoration. L'examen des crachats est négatif.

En 1925 : un nouvel examen des crachats révèle de nombreux bacilles de Koch. Emphysème.

Actuellement : toux et expectoration abondantes. Fièvre intermittente. Grande asthénie. Ne travaille pas.

Examen. — Signes de tuberculose pulmonaire gauche à prédominance fibreuse avec rudesse respiratoire.

Radioscopie. — Pinceautage et ombre très marqués à gauche.

D. — Tuberculose pulmonaire fibreuse gauche.

Obs. LVIII. — M. L..., 29 ans. Musicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : évacué pour une bronchite.

En 1918 : gazé. *Petite hémoptysie immédiate.* Depuis bronchites fréquentes.

Actuellement : présence de bacilles de Koch dans les cra-

chats. Tousse et crache beaucoup. Température 37 degrés à 39° 5. Pendant dix jours a maigri de 6 kilogrammes. Ne travaille pas depuis trois mois à cause de la fatigue.

Examen. — Signe de tuberculose fibreuse du poumon droit, confirmés par la radioscopie.

D. — Tuberculose après les gaz et bronchite antérieure.

Obs. LIX. — M. M..., 38 ans. Cordonnier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1917 : gazé. *Petite hémoptysie immédiate.* Depuis a toujours toussé et expectoré. Fatigue habituelle.

En 1924 : arrêt du travail à cause de la fatigue générale. A ce moment l'examen des crachats montre des bacilles de Koch.

Actuellement : tousse, expectore peu. Douleurs thoraciques à gauche. *Hémoptysie récente assez abondante.* Température 38 degrés. Amaigrisssement très marqué. Grande asthénie.

Examen. — Submatité du sommet gauche et obscurité respiratoire.

Frottement aux deux bases.

Radioscopie. — Obscurité du sommet gauche avee rétraction thoracique et effacement du sinus diaphragmatique gauche.

D. — Tuberculose hémoptoïque après les gaz.

Obs. LX. — M. B..., 33 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Gazé en 1916.

Regazé en 1917. *Hémoptysie une heure après* les gaz. Toux et expectoration abondante. Dyspnée d'effort. Après la guerre reprend son travail, mais de temps en temps est

obligé de s'arrêter trois semaines, un mois, pour toux, expectoration, fièvre, malaise général.

Crachat sanglant parfois, pas d'hémoptysie vraie.

Depuis trois mois l'état général qui jusqu'ici s'était maintenu commence à s'altérer. De 72 kilogrammes le malade passe à 55 kilogrammes Perte de l'appétit. Dyspnée. Asthénie complète, incapable de travailler.

Actuellement: toux et dyspnée marquée. Expectoration. Crachats muco-purulents, certains lourds, certains flottants. Quelques bacilles de Koch au troisième examen.

Examen. — En avant : râles ronflants aux deux sommets.

Matité au sommet gauche.

Submatité au sommet droit.

En arrière : à gauche, respiration rude avec submatité. A droite : râles ronflants, bronchophonie, submatité.

Radioscopie. — Obscurité du *sommet droit* avec une caverne. Elargissement des espaces intercostaux. Ombre hilaire.

A gauche : sommet voilé.

D. — Tuberculose cavitaire du sommet droit.

Obs. LXI. — M. D..., 30 ans. Chaudronnier. Ne travaille pas depuis un an et demi. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé. *Hémoptysie immédiate.* Bronchite quelques jours plus tard. Sans retour à la santé.

En 1924 : malaise et toux. L'examen des crachats révèle la présence de bacilles de Koch. Depuis tous les hivers bronchites et *petites hémoptysies.*

Actuellement : toux peu fréquente mais expectoration

abondante. Dyspnée marquée surtout le soir. Température 38 degrés après la marche.

Grande anesthésie.

Examen. — Respiration rude au sommet droit en avant et en arrière.

Radioscopie. — Les deux sommets voilés en avant et en arrière.

D. — Forme de tuberculose pulmonaire évolutive.

Petites hémoptysies tardives.

Obs. LXII. — M. Reg..., 42 ans. Publiciste.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : légèrement gazé. *Pas d'hémoptysie.*

En 1915 : *gazé. Quarante-huit heures après* les gaz: une *petite hémoptysie.*

En 1917 : bronchopneumonie. Le malade est réformé temporairement.

En 1922 : l'examen des crachats montre le bacille de Koch.

En 1925 : expectoration hémoptoïque.

Actuellement : ne tousse pas, crache peu. Dyspnée marquée. Douleurs thoraciques à gauche. Fièvre le soir, a perdu 15 kilogrammes depuis 1915. Grande asthénie.

Examen. — Matité et rudesse respiratoire très intense au sommet gauche avec râles sous-crépitants après la toux. Signes de splélonque dans la région moyenne sous-clavicu laire gauche.

Radioscopie. — Opacité diffuse de tout le champ pulmonaire gauche avec une caverne au-dessous de la clavicule gauche.

D. — Tuberculose pulmonaire cavitaire du sommet gauche.

Obs. LXIII. — M. D..., 26 ans. Maître d'hôtel.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. Pas d'hémoptysie au moment des gaz.

En 1919 : bronchite. Préseuce de bacilles de Koch dans les crachats. *Réformé.*

En 1920 : séjour au sanatorium. Très amélioré. A pu reprendre son travail.

En 1922 : *petites hémoptysies* à plusieurs reprises. Réformé définitivement.

Actuellement : toux et expectoration abondante. Sueurs nocturnes. A maigri de 4 kilogrammes depuis un an.

Examen. — En avant et arrière respiration rude très marqué. Râles humides après la toux surtout nombreux en arrière aux deux poumons.

Radioscopie. — Opacité importante aux deux sommets. Pommelures dans le reste des deux poumons.

D. — Tuberculose pulmonaire évolutive bi-latérale.

Obs. LXIV. — M. B..., 27 ans. Ajusteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. Trois semaines après *petite hémoptysie.*

En 1921 : aggravation. Toux, expectoration. On porte le diagnostic de tuberculose du sommet droit.

En 1922 : *nouvelle hémoptysie.* Depuis asthénie, amaigrissement, toux, expectoration.

En 1924 : l'examen des crachats montre la présence des *bacilles.*

Actuellement : toux, expectoration, asthénie.

Examen. — Râles sous-crépitants au sommet droit.

Radioscopie. — Sommet droit obscur, au-dessous de la clavicule du même côté une caverne.

D. — Tuberculose pulmonaire ouverte après l'intoxication par les gaz.

Os. LXV. — M... R...., 32 ans. Mécanicien.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : Gazé. Pas d'hémoptysie au moment des gaz. Six mois après *petite hémoptysie*, qui s'est répétée à plusieurs reprises.

En 1917 : le malade tousse et crache. On trouve à ce moment des *bacilles* dans les crachats.

En 1925 : *hémoptysie abondante*. Depuis 1917, état général mauvais.

Actuellement, tousse beaucoup, expectore peu. Il y a quinze jours le malade a fait *une nouvelle hémoptysie assez abondante*. Pas de fièvre, a repris un peu de poids.

Examen. — Râles sous-crépitants, au sommet droit, du même côté à la région sous-épineuse, bronchophonie, râles ronflants et sibilants.

Radioscopie. — A droite, le sommet et la région sous-claviculaire sont obscurs. A gauche, le sommet est légèrement gris.

D. — Tuberculose pulmonaire à prédominance hémoptoïque et fibreuse.

Os. LXVI. — M. V..., 48 ans. Employé de banque.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : bronchite.

En 1917 : gazé. Evacué pour conjonctivite et laryngite. Deux mois après *petite hémoptysie* (1/4 de verre). Depuis : toux, expectoration, mauvais état général. Asthénie.

En 1919 : l'examen des crachats révèle des bacilles de Koch. *Hémoptysie.*

En 1920 et 1921 : *hémoptysies.*

Actuellement : tousse peu, expectoration peu abondante. Dyspnée assez marquée, surtout au changement de temps et parfois nocturne. Pas de fièvre. Amaigrissement assez marqué.

Examen. — Signes peu accusés à l'auscultation, on note seulement une légère submatité apicale droite et de l'abscurité respiratoire sans bruits adventices.

Radioscopie. — Ombre très légère du sommet avec un nodul à droite.

Légère ombre hilaire. Sinus moins profond.

D. — Sclérose pulmonaire d'origine bacillaire. Pas de lésion notable.

Obs. LXVII. — M. Loq..., 32 ans. Employé de commerce.

Pas de signes cliniques avant la guerre, mais en 1915 : bronchite.

En 1917 : pleurésie sèche.

En 1918 : *légèrement gazé.*

En 1922 : pleurésie avec épanchement, a craché *un peu de sang.*

En 1924 : l'examen des crachats montre la *présence de bacilles de Koch.*

Actuellement : toux matutinale, expectoration abondante, dyspnée intermittente, température le soir : 38 degrés à 38°3. Amaigrissement depuis 1919 de 17 kilogrammes. Asthénie accentuée.

Examen. — Rudesse respiratoire très intense aux deux sommets.

Radioscopie. — Obscurité aux deux sommets. Nombreuses brides fibreuses dans les deux champs pulmonaires. Diaphragme hypotonique.

D. — Tuberculose fibreuse.

Obs. LXVIII. — M. B..., 28 ans. Chauffeur de taxi.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels

En 1918 : gazé (ypérite). Cinq jours après les gaz a eu une petite *hémoptysie.*

Jusqu'en 1923, travaillait mais se sentait fatigué, toux expectoration. Dyspnée.

En 1923 : présence de bacilles de Koch dans les crachats. Réformé 100 %.

Actuellement : tousse, expectore beaucoup, dyspnée très marquée, des douleurs dans le dos, sueurs nocturnes. Fièvre 38 à 39 degrés, a beaucoup maigri, très fatigué et ne travaille plus.

Examen. — Respiration soufflante aux deux sommets.

Râles humides aux deux sommets en avant et en arrière.

Radioscopie. — Au sommet gauche une caverne.

A droite, caverne dans la partie sous claviculaire.

D. — Tuberculose cavitaire des deux sommets. Lobite à droite.

Obs. LXIX. — M. D..., 49 ans. Imprimeur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

1916 : gazé. A présenté tout de suite de la fièvre, des crachats abondants, de la laryngite et de la conjonctivite. Un mois après : *petite hémoptysie* : durée, huit jours. Depuis mauvais état général.

En 1920 : toux et expectoration. *Bacilles* dans les crachats.

En 1922 : De nouveau une *hémoptysie* ayant duré sept jours.

Actuellement : toux matutinale. Expectoration abondante. Dyspnée d'effort. Sueurs nocturnes. Pas d'amaigrissement. Asthénie.

Examen. — Rudesse respiratoire très intense aux deux sommets.

Radioscopie. — Obscurité aux deux sommets. Feston diaphragmatique, à gauche augmentation des ombres hilaires

D. — Tuberculose pulmonaire à prédominance fibreuse.

Obs. LXX. — M. Ch..., 44 ans. Garçon de café.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1915 : gazé. Quinze jours après les gaz : *hémoptysie.*

En 1917 : réformé pour pleurésie. Après la pleurésie : crachats hémoptoïques et *petites hémoptysies fréquentes.* L'examen des crachats montre la présence de bacilles. Depuis : mauvais état général. Asthénie, amaigrissement.

Actuellement : tousse et expectore surtout le matin. *Dernière hémoptysie* il y a deux mois. Ne travaille plus depuis cinq ans.

Examen. — Respiration rude avec râles crépitants au sommet droit.

Radioscopie. — Sommet droit ne s'éclairant pas. Diaphragme immobile.

D. — Tuberculose évolutive après les gaz.

Obs. LXXI. — M. A..., 36 ans. Ajusteur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1918 : gazé. Evacué trois semaines après l'intoxication. Trachéobronchite.

En 1919 : évacué pour une bronchite.

En 1920 : *petite hémoptysie.*

En 1923 : *nouvelle hémoptysie.* — Depuis, l'intoxication il ne s'est jamais remis. L'examen des crachats montre des bacilles de Koch.

Actuellement : toux et expectoration abondantes, surtout le matin, amaigrissement et asthénie accentués. Ne travaille pas.

Examen. — Râles crépitants avec bronchophonie aux deux sommets en avant, en arrière : respiration forte avec bronchophonie marquée aux deux sommets.

Radioscopie. — Obscurité des deux sommets. Trois petites cavernes à gauche et une petite à droite dans la région sous-claviculaire.

D. — Tuberculose pulmonaire cavitaire après les gaz. Forme bilatérale sévère.

Obs. LXXII. — M. G..., 30 ans. Pointeur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

En 1916 : gazé.

En 1917 : bronchite.

En 1922 : *petite hémoptysie.* Pendant huit jours crachats hémoptoïques.

En 1923 : toux expectoration, amaigrissement, présence de bacilles de Koch dans les crachats. Que l'on retrouve toujours depuis.

Actuellement : toux et expectoration peu abondantes. Pas de dyspnée, pas de fièvre, fatigue légère. Amaigrissement de 3 kilogrammes pendant un an.

Examen. — Respiration diminuée aux deux sommets.

Radioscopie. — Sommets voilés.

D. — Tuberculose pulmonaire après les gaz, discrète et sans allure spéciale.

CONCLUSIONS

De ce travail nous nous croyons autorisé à poser les conclusions suivantes :

I. — La tuberculose pulmonaire que l'on voit évoluer chez les anciens gazés (surtout chez ceux qui ont été intoxiqués par les gaz suffocants) et, à un moindre degré, chez les soldats qui ont été atteints de plaies de poitrine, est loin d'avoir la rareté que les premiers travaux parus sur ce sujet pendant la guerre, laissaient entrevoir.

II. — Parmi les symptômes qui auraient pu et dû faire prévoir l'évolution ultérieure, à échéance plus ou moins lointaine, chez de tels sujets, de la tuberculose, nous croyons que le plus intéressant est l'hémoptysie.

III. — Que cette hémoptysie ait été précoce, survenant dès les premières heures de l'intoxication par les gaz, ou bien qu'elle ait été tardive, apparaissant seulement plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'intoxication, elle nous a paru constituer un signe révélateur de grande

importance, à la condition toutefois de présenter les caractères — ordinairement assez faciles à fixer rétrospectivement par un interrogatoire soigneux — d'une véritable hémoptysie et non d'une simple hémorragie buccopharyngée ou nasale.

IV. — L'étude d'un grand nombre de malades faite actuellement, c'est-à-dire plusieurs années après la fin de la guerre montre sans conteste que ceux qui ont craché du sang au moment de leur intoxication par les gaz ou à la suite de celle-ci ont évolué vers une tuberculose bactériologiquement confirmée dans 34,4 % des cas, contre 19,2 %, qui est la proportion des gazés n'ayant pas présenté d'hémoptysie et devenus cependant tuberculeux avérés. Les gazés ayant craché du sang lors de leur intoxication sont donc devenus tuberculeux deux fois plus souvent que les autres.

Les hémoptysies des traumatisés du thorax paraissent avoir la même valeur de symptôme prémonitoire de tuberculose que les hémoptysies des gazés, mais le petit nombre des observations que nous en avons recueillies ne nous permet pas d'être aussi affirmatif à cet égard que pour les anciens gazés.

V. — L'étude de la date à laquelle a été faite la première constatation bacilloscopique positive (ordinairement suscitée par le début des signes évolutifs apparents de la tuberculose) est intéressante à préciser par rapport à l'hémoptysie qui, survenue dès l'intoxication par les gaz ou peu après celle-ci, aurait

dû constituer en réalité le premier signe révélateur de la tuberculose.

Sur les 23 cas rapportés par nous, 5 fois le bacille de Koch a été constaté dans l'année qui a suivi l'hémoptysie :

2	fois.....	1	an après
3	—	3	—
2	—	4	—
3	—	5	—
4	—	6	—
2	—	7	—
1	—	9	—
1	—	11	—

Cette énumération montre donc que l'hémoptysie a dans d'assez nombreux cas, précédé de très longtemps le début apparent de l'évolution tuberculeuse active.

VI. — L'hémoptysie survenue à l'occasion des gaz ou du traumatisme nous paraît signifier que le sujet qui a fait cette hémoptysie était porteur d'une tuberculeuse fibreuse au moment où il a été intoxiqué ou traumatisé.

L'intoxication n'a donc eu pour rôle que de permettre à la tuberculose de s'exterioriser par un symptôme particulier qui, sans l'existence de cette tuberculose, n'aurait pas eu lieu.

C'est ce qui explique la valeur de ce symptôme, même déclenché par une cause occasionnelle (les gaz ou le traumatisme dans ce cas particulier).

VII. — Il n'était pas inutile d'insister sur la valeur diagnostique des hémoptysies, comme signe révélateur souvent à très longue distance, d'une tuberculose pulmonaire, dans un temps où cette valeur a été discutée, d'une manière probablement excessive, par divers auteurs.

Vu : le Président de la thèse,
BESANÇON.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achard. — Tuberculose traumatique (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 12 juin 1914, p. 1048).
2. Achard. — Les sequelles des intoxications par les gaz du combat (Bulletin médical, 8 février 1919, p. 59).
3. Bernard et Mantoux. — Traumatisme de guerre et tuberculose pulmonaire (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 18 mai 1917, p. 683).
4. Bernard Léon. — Le traumatisme et la tuberculose (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 30 juin 1916, p. 1074).
5. Bezançon et Serbonne. — La poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire (Paris médical, 7 juin 1911)
6. Boinet. — Tuberculose pulmonaire consécutive aux plaies poitrine par projectiles de guerre (Marseille médical, n° 20, 1919).
7. Brouardel et Giroux. — Traumatisme et la tuberculose pleuro-pulmonaire (Annales de médecine, 1914-1915, n° 4, juillet 1915, p. 345).
8. Brouardel et Giroux. — Traumatisme et la tuberculose pulmonaire (Annales d'hygiène publique et médecine légale n° 6, 1914, p. 521).
9. Brouardel et Giroux. — Tuberculose pulmonaire traumatique (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 5 juin 1914, p. 1014)
10. Brouardel et Giroux. — Tuberculose pleuro-pulmonaire dite traumatique (Académie de médecine, 8 novembre 1921).

11. Cadet. — La tuberculose pulmonaire chez les intoxiqués par les gaz asphyxiants. Thèse de Nancy, 1919-1920.

12. Chalamel. — Blessure du poumon et tuberculose pulmonaire ultérieure (Paris médical, 1 mars 1919, p. 186).

13. Clerc, Ramond (L.) et Guilhaume (H.). — Des sequelles pulmonaires chez les ypérités (La Presse médicale, 28 août 1919, p. 477).

14. Courtois et Suffit. — Les hémoptysies réciduvantes chez les blessés du thorax (Bulletin de l'Académie de médecine, 1918, p. 116)

15. Courtois et Suffit. — Le traumatisme dans l'étiologie des affections médicales (Gazette des hôpitaux, 30 octobre 1920, p. 1469).

16. Daguet. — Un cas authentique de tuberculose pulmonaire chez un blessé de poitrine (Revue médicale de l'Est, 1920, t. XLVIII, n° 5, p. 275).

17. Dénéchau. — De la tuberculose chez les soldats atteints de traumatisme thoracique (Société médicale des Hôpitaux, 21 juillet 1916, p. 1284).

18. Dumarest. — La tuberculose et la guerre (Bulletin médical, 1918, p. 287).

19. Estor. — Les traumatismes de la poitrine dans une formation à l'arrière (Montpellier médical, 15 avril 1917, p. 675).

20. Etienne (M. G.). — Tuberculose traumatique (Société médicale des hôpitaux de Paris, 28 juillet 1916, p. 1926).

21. Euthymiou. — Etude sur la tuberculose pulmonaire, post-traumatique. Thèse de Lyon, 1918.

22. Falliès. — Tuberculose pulmonaire et le traumatisme de guerre du thorax. Thèse de Paris, 1916-1917.

23. F. von Friedlander. — Trauma und Tuberkulose (Congrès international de la Tuberculose, Paris, oct 1905, p. 240).

24. Galante et Comelli. — La tuberculose pulmonaire dans les blessures du thorax (Rivista ospedaliera, n° 13, 15 juillet 1924).

25. Gaussel. — La tuberculose pulmonaire traumatique (Montpellier médical, 15 février 1921, n° 4, t. XLIII).

26. Gimbert. — Action provocatrice des gaz asphyxiants sur la tuberculose pulmonaire (Presse méd., n° 5, 1917, p. 52).

27. Giroux (L.). — Sur la tuberculose pulmonaire traumatique (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 9 juin 1916, p. 931).

28. Giroux et Fabre. — Tuberculose pulmonaire traumatique (Société médicale des hôpitaux, 26 octobre 1917, p. 1066).

29. Hankiss et Klotz. — Les sequelles pulmonaires des gaz du combat (The American Review of Tuberculosis, septembre 1922, vol. VI, n° 7, p. 571).

30. Harpedanne de Belleville. — Les séquelles respiratoires des intoxications par gaz du combat, et leur traitement. Thèse de Bordeaux, 1919-1920.

31. Herron, Harrisson Cole. — Etude clinique des gazés démobilisés, du point de vue de la tuberculose pulmonaire (The American Review of Tuberculosis, 1923, vol. VII, n° 4, juin 1923, p. 230).

32. Lemierre et Lantuéjouls. — Trois observations pulmonaires traumatiques (Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris, 10 mai 1918, p. 449).

33. Lœper, Verpy et Cosnier. — L'examen histologique des crachats dans les vieilles blessures du thorax (Soc. méd. des Hôp., 31 mars 1916, p. 475).

34. Madier. — Traumatisme et la tuberculose chirurgicale (Paris médical, 1922, nº 1, p. 30).

35. Ménétrier et Martinez. — Phtisie pulmonaire consécutive à l'inhalation de gaz asphyxiants (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 7 juillet 1916, p. 1083).

36. Meyer. — Tuberculose d'origine traumatique (Revue médicale de la Suisse Romande, nº 9, 20 septembre 1915, p. 523).

37. Morichau-Beauchant. — Les tuberculoses respiratoires et la guerre (Progrès médical, nº 28, p. 233, 1917).

38. Mosny. — Le traumatisme et la tuberculose (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 30 juin 1916, p. 1062).

39. Parisot (Jacques). — La tuberculose du poumon lésé antérieurement par plaie pénétrante ou par le gaz du combat. Utilité et difficulté du diagnostic (Revue médicale de l'Est, 1921, t. XLIX, nº 11, p. 331).

40. Petit de la Villéon. — Blessures du poumon et tuberculose pulmonaire (Bulletin de l'Académie de médecine, 1921, p. 447).

41. Ribierra Y. Sans. — Traumatisme et tuberculose (Presse médicale, 1911, nº 38, p. 388).

42. Roubier. — Intoxication par le gaz et tuberculose pulmonaire (Gazette des hôpitaux, 2 février 1920, nº 18, p. 277).

43. Seitler. — Plaies de guerre du thorax et tuberculose pulmonaire (Zeitschrift für Tuberkulose, 1920, 1er octobre, t. XXXIII, Presse médicale, 1920, p. 852, 24 novembre).

44. Sergent et Lechevallier — (Journal de médecine et de chirurgie pratique, 25 novembre 1916).

45. Sergent — La tuberculose chez les soldats à la suite de traumatisme du thorax (Société médicale des Hôp. de Paris, 30 juin 1916, p. 1048).

46. Sergent et Pruvost. — Sequelles tardives des plaies de poitrine (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 5 décembre 1919, p. 1029).

47. Sergent et Haat (J.). — La tuberculose pulmonaire et les sequelles des intoxications par les gaz (La Médecine, nº 8, mai 1920, p. 466).

48. Sergent. — Les hémoptysies traumatiques (Journal des praticiens, 1922, p. 193).

49. Simonin. — Rôle étiologique de l'intoxication par le gaz asphyxiant dans le développement de la tuberculose pulmonaire (Thèse de Lyon, 1919-1920).

50. Simonin.— Dix observations de tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 5 juin 1914).

51. Tapie (Jean) — Broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë consécutive à une inhalation de gaz asphyxiants (Le Progrès médical, 20 octobre 1917, p. 349).

52. Técon. — Traumatismes thoraciques et tuberculose pulmonaire chez les soldats des armées alliées internés en Suisse (Revue médicale de la Suisse romande, nº 8, 20 août 1919, p. 336, nº 9, 20 septembre 1919, p. 409).

53. Verne. — Tuberculose pulmonaire et traumatisme thoracique de guerre (Thèse de Montpellier, 1919).

54. Villemin. — Tuberculose et traumatisme (Congrès international de la Tuberculose à Paris du 2 au 7 octobre 1905, p. 223).

7314 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (10-26)